Para entender a saúde no Brasil.

Maria Cristina Sanches Amorim. Eduardo Bueno da Fonseca Perillo. – organizadores. LCTE, 2006.

SUMÁRIO

III – As fontes pagadoras

IV – Os prestadores de serviços de atenção à saúde

Apresentação

Nos último 15 anos trabalhamos conjuntamente na seara das organizações da saúde. Conjugamos o olhar de um médico há muito voltado para a gestão de sistemas de saúde, e uma economista formada na tradição da economia política, cuja experiência foi obtida na universidade e nas empresas privadas. Por dever ou vício de profissão, enxergávamos a aceleração das transformações no segmento da saúde, evidenciadas no avanço das relações capitalistas sobre uma área até então protegida da competição nos moldes da terceira revolução industrial. Enxergávamos também as várias formas de resistência às mudanças – durante quantos anos as operadoras brigaram para o fim da Lei 9.656.

As mudanças constituíam novo marco regulatório, principalmente por meio das agências; a pressão pela introdução de novas técnicas informatizadas de gestão; a concentração do capital na indústria de medicamentos; o aumento da demanda por mão-de-obra qualificada; os discursos e rearranjos dos interesses dos vários agentes do setor. Como pano de fundo, a economia brasileira marcada pelo último período da hiperinflação, pela estabilização monetária do Plano Real e sobretudo, pela política econômica recessiva dos juros e impostos altos, levada a efeito desde 1994.

Em 2002 iniciamos o MBA de Economia e Gestão das Organizações de Saúde, na PUC/SP. Nossa pretensão era contribuir para a formação do profissional capaz de pilotar a mudança. Para tanto, era vital romper o isolamento dos segmentos e promover a discussão entre empresários, pesquisadores, professores, executivos, governantes e estudantes. Entre 2002 e 2006, organizamos aproximadamente 150 palestras, abertas

ao público, com a colaboração dos mais influentes profissionais do setor público e privado, para promover o diálogo e a ampliação da informação.

A coletânea ora apresentada reúne uma pequena parcela de colaboradores, inclusive ex-alunos, que desde 2002, participaram das atividades do curso da PUC/SP. Nossa intenção é que este seja apenas o 1º volume dos registros das discussões promovidas todos os anos. Pretendemos abordar os demais temas pertinentes nos próximos volumes, como por exemplo, as distribuidoras e o varejo de medicamentos, os hospitais filantrópicos e os universitários, a formação dos profissionais de saúde, entre outros.

Os artigos expressam propositadamente o grau de divergência quanto às análises e demandas no setor de serviços de atenção à saúde. Apreender a complexidade dos interesses e a diversidade de culturas é condição para compreender o segmento e melhorar a qualidade das decisões quanto aos investimentos, públicos ou privados. Os textos expressam a visão de seus autores, observadores parciais dos fenômenos. O último artigo é um estudo da complexidade do setor, por meio dos artigos. Objetiva oferecer ao leitor uma linha de análise para o conjunto, pretendendo-se pois, uma síntese – ainda que igualmente parcial, ao expressar a visão da autora.

Maria Cristina Sanches Amorim

Eduardo Bueno da Fonseca Perillo

I – Instituições representativas: indústria farmacêutica e hospitais.

1 - A Confederação Nacional de Saúde no Brasil (CNS) e o Sistema de Saúde

José Carlos Abrão -

Histórico do Sistema

Para se falar sobre o sistema de saúde hoje no Brasil, é necessário retrocedermos muito no tempo a fim de conhecer e entender os diversos significados da palavra saúde, bem como a evolução desse setor.

Na Antiguidade, por exemplo, a preocupação maior era sempre com a alma do enfermo e não com o seu corpo. O significado da palavra hospital era de uma “casa para hospedar”.

Em 3.000 A.C., o hospital era chamado de “casa da morte”, pois era para lá que iam os doentes sem chances de cura com duas finalidades: serem amparados e, ao mesmo tempo, retirados do convívio social para não haver contaminação e epidemias.

Entre 400 e 500 A.C., na Grécia, o atendimento no hospital mesclava práticas médicas e religiosas. No século II a.C., em Roma, os hospitais recebiam e tratavam as pessoas afetadas pelas guerras e lutas. Somente nos séculos I e II

d.C., surgem os chamados “valetudinários”, ou seja, os hospitais privados, origem do conceito das clínicas particulares de hoje.

A fundação da primeira Santa Casa no Brasil deu-se em Santos/SP, em 1543. O conceito era o de assistência à saúde promovida e sustentada pela sociedade. A assistência médica, então, era privada para os que possuíam recursos e gratuita, para os mais pobres. Nesta época, a maioria dos hospitais era comunitária; as Santas Casas eram mantidas por doações e legados, em geral testamentários, feitos por pessoas abastadas ou entidades ligadas a grupos das mais diversas nacionalidades: portugueses, italianos, alemães, japoneses etc

Já no século XVII, o local conhecido como hospital era voltado para os pobres, além de ser considerado como um lugar perigoso por conta dos riscos de contaminação que oferecia. Os ricos, por sua vez, eram diagnosticados e tratados em casa, o que equivalia ao nosso atual conceito de *home care*. Foi só em 1800 que surgiu a preocupação com assepsia e passou-se a adotar assim maiores cuidados com a higiene naqueles estabelecimentos que prestavam serviços de saúde. Foi o surgimento da era de Pasteur e Koch.

No século XIX, o hospital se constitui em um centro de diagnóstico, além de funcionar também como uma instituição de ensino. E somente no século XX, ele passa a ser um centro técnico, dispondo então de equipamentos mais sofisticados.

No Brasil, devido à epidemia da gripe espanhola, foi criado em 1920 o DNS - Departamento Nacional de Saúde, que visava a preencher as funções de uma organização sanitária nacional. Outra grande mudança, no entanto, ocorreu em 1923, mediante a aprovação da Lei Eloi Chaves, que criou as caixas de aposentadoria e pensões, voltadas para assistir os trabalhadores das estradas de ferro e seus familiares. Estas foram posteriormente transformadas nos institutos de aposentadoria e pensões das várias classes profissionais.

No período de Vargas o sistema se generalizou de forma que os institutos foram obrigados, além da previdência (aposentadorias e pensões), a fornecer assistência hospitalar, contratar serviços e construir hospitais. A iniciativa privada também expandiu sua rede de serviços, oferecendo-os aos tais institutos. As Santas Casas e os demais estabelecimentos hospitalares passaram a ser contratados e, com isso, obtiveram uma renda própria para seu sustento. Em contrapartida, as doações e legados começaram a escassear e hoje praticamente, não existem mais.

A grande evolução tecnológica nos hospitais e demais serviços de saúde ocorreu somente após a segunda guerra mundial, quando estes estabelecimentos adquiriram uma enorme complexidade e, conseqüentemente, passaram a exigir uma maior necessidade de atualização tecnológica, bem como uma gestão profissionalizada. Marco governamental importante aconteceu

em 1953 com a criação do Ministério da Saúde, com pouca ação executiva, porém tendo por foco os postos de saúde e as campanhas de saúde pública.

Em 1956 surgiu uma nova proposta para o sistema: os empregadores assumiram a assistência de seus empregados e respectivas famílias. Era o início no Brasil da experiência da medicina de grupo. As primeiras empresas do gênero começaram a atuar nos Estados Unidos, no início da década de 20. Por aqui, as pioneiras em medicina de grupo apareceram na década de 60 na região do ABC paulista. As multinacionais que ali se instalaram, diante das deficiências da saúde pública, preocuparam-se em buscar alternativas para garantir atendimento de qualidade a seus empregados e, assim, estimularam os médicos a formar empresas para prestarem esta assistência.

Em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social uniformizou os direitos e ampliou a assistência médica, que se efetivou em 1967 com a implantação do INPS, reunindo então seis institutos de aposentadorias e pensões e o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU). Na mesma época, o INPS começou também a dar um subsídio aos empregadores que assumiram esta função de prover assistência a seus funcionários, desobrigando o Instituto dessa incumbência.

Na década de 70, após a crise do capitalismo mundial e com o fim do chamado “milagre econômico”, surgiu o “Movimento da Reforma Sanitária Brasileira”, em

conseqüência da grande exclusão social observada. Porém, ele ainda apresentava-se muito calcado nos princípios ideológicos dos sanitaristas, que focavam a estatização do sistema. Este movimento, no entanto, uma vez nascido a partir de conceitos ideológicos estatizantes - voltados para o atendimento básico em saúde - gerou discriminação com relação à assistência, com graves prejuízos, que perduram até os dias de hoje.

Em 1976, foi fundado o Previ Saúde - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, que apresentava estrutura semelhante ao que viria a ser o futuro SUS e financiamento proveniente da Previdência Social. No entanto, faltou-lhe apoio político. Foi a partir daí que, em 1978, a Previdência se desmembrou em INAMPS, IAPAS e LBA, sendo o INAMPS extinto 15 anos depois.

A criação do SUS

Em 1986 realizou-se em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, cujo principal projeto foi o da Reforma Sanitária. No ano seguinte, surge o SUDS - Sistema Unificado Descentralizado de Saúde, que recebeu as unidades do INAMPS, era mantido através de convênios firmados entre União e estados e entre estados e municípios e se defrontou com sérios problemas políticos. Em 1988 houve a promulgação da Constituição Federal, que em seu artigo nº 196 determinava: "*A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido*

mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Esta foi a pedra fundamental para a criação do SUS - Sistema Único de Saúde, por meio das leis nº 8.080 e 8.142, de 1990, cujos princípios doutrinários pregavam a universalidade, a equidade e a integralidade. Os princípios organizacionais eram a hierarquia, a descentralização político-administrativa e a participação popular, a qual se deu através da criação dos conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde, e essa estrutura vem sendo gradativamente implementada.

O advento do SUS serviu de instrumento para a geração de novos programas e políticas assistenciais e de cuidados com a saúde. Observa-se, então, no ano de 1993, a descentralização da gestão como um indício do processo de municipalização, seguida, nos anos de 1996 a 1998, da criação de programas de atenção básica, com resultados numéricos positivos.

Entre os anos de 2002 e 2004, acentua-se a característica municipalista, que traz mudanças de rumos, que acabaram gerando uma nova filosofia para a consolidação do SUS. Os municípios foram fortalecidos com a implementação de programas importantes que ainda se apresentavam de forma incipiente,

como o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Assistência Odontológica.

Data desta época o repasse de recursos para que estados e municípios em regime de gestão plena pudessem realizar a remuneração do médico especialista nas unidades de saúde; a intensificação do PSF; o aumento do número de agentes comunitários de saúde; a intensificação da vigilância epidemiológica e a inclusão do odontólogo nas equipes do PSF.

Dados do Ministério da Saúde revelam que em 1994 existiam cerca de 29 mil agentes comunitários de saúde, número que passa a aproximadamente 215 mil em 2006. No que tange às Equipes de Saúde de Família, em 1994 eram apenas 300 e, em 2006, atingimos o patamar de 26 mil. Essa expansão levou à cobertura, em 2006, de 83 milhões de pessoas contra o pequeno número de 1,1 milhão em 1994.

Os recursos financeiros envolvidos no âmbito do SUS, em anos anteriores à aprovação da Emenda Constitucional 29 (EC 29), são díspares, variando de acordo com os compromissos e gestão dos governantes. Aporte adicional e de grande monta foi trazido com a aprovação da CPMF. Porém, esse aumento de recursos foi parcialmente anulado pela diminuição dos recursos do Tesouro Nacional. Ou seja, deu-se com uma das mãos e tirou-se com a outra.

Com a EC 29, em 2000, apesar da inserção no orçamento da saúde de ações não características da área (Bolsa Família, por exemplo), passamos a ter orçamentos seguidamente aumentados. Com a participação obrigatória das três esferas de governo (estado, União e municípios) no financiamento da saúde, em 2000 a União era responsável por 59,8% dos recursos globais da saúde; os estados, por 18,5% e os municípios, por 21,7%. Com o decorrer dos anos, estados e municípios foram aumentando os aportes de recursos, enquanto a União, limitada ao mínimo constitucional, teve sua participação no custeio diminuída de tal forma que, em 2004, a União representava somente 49,9% do global, enquanto os estados subiram para 25,6% e os municípios, para 24,%.

Houve também uma importante sistematização nos processos de pagamento, mantendo o fluxo de transferência a estados e municípios atualizado, a fim de fazer valer a obrigação entre gestores e prestadores.

Outro avanço nos últimos anos refere-se ao início do desenvolvimento de um modelo experimental voltado à remuneração dos pequenos hospitais, que viabilizasse a sua sobrevivência. Com isso, hospitais filantrópicos de até 30 leitos, localizados em municípios de até 30 mil habitantes e com atendimento de pelo menos 70% da população incluídos no PSF, passaram a receber um valor fixo por leito.

Esse processo de contratualização ainda se encontra em fase de implementação e deverá apresentar evolução lenta nos 1.200 municípios do país. Foram selecionados, inicialmente, cerca de 500 hospitais filantrópicos e municipais para o projeto-piloto, que deverá remunerar R$ 1.700,00 reais por leito/mês.

Porém, apesar de todos os avanços que representou, o SUS apresenta hoje sério problema de financiamento para aquilo que se propõe. Faltam recursos e sobram problemas. Trata-se de um modelo vital para o país e responsável atualmente pelo atendimento da população brasileira.

Conclui-se, portanto, que apesar das agruras ainda enfrentadas pelo SUS, ele é certamente uma das propostas mais avançadas na área de saúde em todo o mundo. Trata-se de uma das maiores e mais adiantadas experiências de pacto federativo, mesmo considerando-se todas as dificuldades que este modelo ainda vivencia.

Hoje, o financiamento da saúde no Brasil está muito aquém das suas reais necessidades. É um dos menores da América Latina. Temos problemas de gestão e de falta de recursos; as tabelas do SUS estão altamente defasadas e quanto mais as pessoas desacreditam do SUS, mais elas migram para o setor suplementar.

O advento da Lei nº 9656 e a criação da ANS

Além da criação do SUS, outro grande marco no setor saúde foi o início do processo de regulamentação do sistema suplementar, através da edição da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e a posterior criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mediante a Lei nº 9.961, em 28 de janeiro de 2000. (Diário Oficial da União)

Conforme consta em seu próprio *site*, *"a ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país".*

Porém, a criação da ANS - e conseqüente regulação deste setor no país - ao mesmo tempo em que trouxe avanços importantes, gerou também impasses difíceis de serem solucionados. Ao contrário das demais agências reguladoras em atividade no Brasil, que concedem reajustes maiores que os índices inflacionários de mercado, a ANS, em seus primeiros anos, autorizava índices de reajuste sempre menores dos que os praticados pelo mercado. Com a diminuição do percentual de reajuste concedido anualmente, instalou-se grave desequilíbrio econômico-financeiro entre prestadores e operadoras, o que

acabou levando a um significativo aumento nas diferenças de valores pagos - as chamadas glosas.

As mudanças na regulamentação do setor, a sinistralidade, o envelhecimento das carteiras das operadoras e a maior sobrevida da população surpreenderam as empresas e fizeram muitas encolher ou até mesmo desaparecer do mercado. Segundo uma reportagem da *Revista Exame* de 01/02/06, em 2005 a rentabilidade do setor de seguros de saúde foi de 7,46% negativos ante uma margem positiva de 8,15% dez anos atrás. Mais de 1.000 operadoras fecharam as portas.

Claro que muita coisa mudou desde a Lei nº 9656. Até então, não havia quaisquer regras que norteassem este mercado. Reinava a arbitrariedade; as distorções eram absurdas; havia muito desequilíbrio, falta de diálogo e de ética entre as partes. Diante da tamanha complexidade do assunto, obviamente que seria impossível organizar tudo em apenas seis anos e, é por isso, que sentimos até hoje os reflexos da falta de regulação anterior à lei.

Os números da saúde hoje no Brasil

O setor saúde representa hoje no Brasil 6,5% do PIB e gera dois milhões de empregos diretos e outros cinco milhões, indiretos. A previsão orçamentária para

o setor em 2006, segundo dados do Ministério da Saúde/ IPEA/ Abramge/ Fenaseg de março deste ano, é de um total de R$ 136 bilhões, assim divididos: R$ 35 bilhões para o sistema suplementar; R$ 43 bilhões para o SUS/ MS; R$ 20 bilhões para o SUS/ Estaduais; R$ 19 bilhões para o SUS/ Municipais e outros R$ 19 bilhões para gastos pessoais.

Dados da Organização Mundial de Saúde (WHO) revelam que enquanto no Brasil em 2004, gastou-se US$ 256 per capita com saúde, a Argentina investiu US$ 352; o Canadá, US$ 2.992; os Estados Unidos, US$ 6.103 e a França, US$ 3.359. Em 2005, enquanto o Brasil teve um orçamento de R$ 121 bilhões de reais (cerca de U$ 52 bilhões), nos EUA a verba para a área foi de US$ 1 trilhão e 800 bilhões.

Com relação aos serviços de saúde cadastrados no Ministério da Saúde, temos hoje um total de 80.120 privados; 50.570 municipais; 2.169 estaduais e apenas 211 federais, de acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), divulgados em junho deste ano. Ou seja, dispomos de um total de 52.950 serviços públicos de saúde no Brasil frente a 80.120 privados, totalizando 133.070 serviços do gênero no país. Ainda segundo o CNES, do total de 6.474 hospitais hoje no Brasil, 70% deles são privados; 21% são municipais; 8%, estaduais e apenas 1%, federais. Após todos os percalços enfrentados em seu processo de implantação, o SUS dispõe atualmente de mais de 5.800

hospitais credenciados no Brasil, entre públicos e privados, com e sem fins lucrativos, que juntos respondem por um total de cerca de 400 mil leitos.

Uma pesquisa realizada pelo IBGE / Ministério da Saúde e divulgada em março deste ano revela que, em 2005, o SUS realizou quase 12 milhões de internações; mais de 2 milhões e 400 mil partos; 40.496 transplantes; quase 9 milhões de sessões de terapias renais substitutivas; mais de 1 trilhão de procedimentos ambulatoriais e quase 350 mil exames laboratoriais. Estamos falando, portanto, de um braço fundamental no atendimento à população brasileira.

Segundo pesquisa feita pela Abramge/ Unimeds/ Fenaseg, referente aos procedimentos realizados em 2005 pelo sistema suplementar, foram registrados 154 milhões de consultas médicas; 4,93 milhões de internações e 258 milhões de exames complementares / procedimentos.

Com relação às unidades de ensino no Brasil, dados do INEP de junho/2006 revelam que existem 163 faculdades de Medicina no país; 552 faculdades de Enfermagem; 93 cursos de Administração em Serviços de Saúde e 610 cursos de Pós-Graduação em Saúde.

Os principais problemas enfrentados

No SUS, a população ainda enfrenta um grave problema, a dificuldade de acesso, evidenciado pela sobrecarga nas emergências e pela longa espera para se conseguir realizar determinados procedimentos.

No que se refere ao sistema suplementar, existem hoje no Brasil cerca de 42 milhões de brasileiros dependendo desta alternativa de saúde, uma complexa engrenagem que envolve usuários, prestadores (hospitais, clínicas, laboratórios, serviços de imagem e médicos) e cerca de 1.700 operadoras (cooperativas médicas e odontológicas, seguradoras, empresas de medicina de grupo, de auto-gestão, odontologias de grupo e filantrópicas).

Os associados de planos reclamam dos preços e aumentos praticados e das restrições contratuais; os prestadores de serviços estão com seus valores profundamente defasados; as operadoras alegam dificuldades advindas da obrigatoriedade de ampliação das coberturas - determinada pela ANS - e dos reajustes concedidos, sempre menores que os custos médico-hospitalares, impactados pelos elevados valores dos materiais e medicamentos; e os médicos, por sua vez, vêm sofrendo com reduções em seus honorários. Vale destacar ainda a total falta de incentivos por parte do governo e a pesada carga tributária que incide sobre o setor, que hoje é de cerca de 38%.

Podemos assim resumir os principais problemas vivenciados atualmente pelos estabelecimentos de serviços de saúde no país: alto grau de endividamento; fluxos de caixa negativos; pendências nos pagamentos de fornecedores e tributos e dificuldades de obtenção de linhas de crédito próprias para o setor, a fim de que estes estabelecimentos possam acompanhar o desenvolvimento e atualização que o setor saúde requer. Os financiamentos hoje disponíveis são de duas ordens: crédito rotativo com garantia de recebíveis e financiamento para investimentos pelo BNDES a juros de mercado, não havendo, portanto, qualquer subsídio ou alongamento de prazos diferentes de pagamento com relação àqueles aplicados ao mercado em geral.

Em virtude do cenário atual de crise, evidencia-se uma diminuição da rede credenciada, o que vem gerando uma restrição no número de atendimentos. Isso, por sua vez, tem ocasionado um desequilíbrio ético-profissional e levado a um significativo aumento das demandas judiciais do setor, sendo isso atualmente chamado de ‘justicialização da saúde’, uma das maiores incidências nos Tribunais de Justiça do país. Falta, sem dúvida, um orçamento maior para a saúde, mas também urge se definir o que são gastos com saúde e o que são investimentos no social. Nossos governantes ainda insistem em confundir estas duas esferas, justificando assim o desvio de verbas da saúde para outras áreas.

É bem verdade também que existe o problema da má gestão dos recursos da saúde, que além de já serem escassos, ainda são, em alguns casos, mal

administrados e aplicados, agravando ainda mais a situação. A área da saúde em geral demanda pesados investimentos em recursos humanos e tecnologia de ponta. A atualização dos profissionais e dos equipamentos e técnicas aplicadas tem de ser permanente e, portanto, requer a destinação de cifras vultosas.

Também não podemos deixar de mencionar que a inflação médica é muito maior que a de outros setores da economia em qualquer parte do mundo, uma vez que boa parte dos equipamentos, medicamentos e materiais utilizados nos hospitais é importada, cara e logo necessita de substituição frente aos avanços médicos, científicos e tecnológicos. Segundos dados da FIPE, a variação do INPC no período de janeiro de 1995 a janeiro de 2006 foi de 135,6%, enquanto a dos índices de inflação saúde foi de 196,4%, considerando-se o mesmo período.

O economista Cláudio Salm, do Laboratório de Economia Política da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), diz que os gastos do governo com saúde são inferiores ao desembolso privado. De cada R$ 100 destinados ao setor, R$ 45 saem do orçamento público, dados compatíveis com os da Organização Mundial de Saúde.

Segundo o professor, 55% dos gastos brasileiros com saúde são privados. Significa dizer que há uma parcela expressiva de brasileiros mal servida, porque não tem dinheiro nem para pagar planos de saúde, nem para custear remédios.

Para ele, o que chama a atenção nos gastos privados é a enorme participação das despesas diretas. “São exames e intervenções não cobertos pelos planos de saúde e, principalmente, medicamentos. Esses gastos, quando dependem do nível de renda, podem ter conseqüências catastróficas para quem é pobre”, diz Salm. **(O Globo / Coluna Panorama Econômico, de 07/01/06)**

Bem, o consenso geral entre todos os atores do sistema de saúde nacional é que trata-se de um segmento altamente conflituoso, em crise e com muitos impasses a serem resolvidos. Apesar das dificuldades, é um setor de fundamental importância, uma vez que atende a população, que, de uma forma ou de outra (pública ou privada), tem de ter acesso a uma assistência digna e de qualidade.

Em que nos destacamos?

Apesar dos problemas de financiamento e gestão, o Brasil se destaca em várias áreas, como no Programa de Aids - que é referência mundial e responde hoje pelo tratamento de 160 mil pessoas no Brasil com anti-retrovirais - e na alta cobertura vacinal oferecida à população. Além disso, ocupamos o segundo lugar no *ranking* mundial de transplantes de órgãos (perdendo somente para os EUA) e estamos na vanguarda das pesquisas com células-troncos.

A saúde é, segundo a Constituição Federal, “um direito de todos e um dever do Estado”. Neste sentido, uma luta árdua do setor saúde atualmente no Brasil é pela regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, que vincula recursos da União (10%), estados (12%) e municípios (15%) para a saúde. Dos 27 estados do país, apenas 7 aplicam os 12% em saúde, conforme prevê a EC 29. Já no que se refere aos municípios, 67% deles aplicam os 15% previstos na emenda.

A importância do papel da CNS para o setor

Um setor de tamanha magnitude e importância para a população não pode jamais parar. Qualquer esforço é válido no sentido de avançarmos no diálogo entre todos os atores envolvidos - governo, operadoras, prestadores, médicos, usuários, poderes Judiciário e Legislativo -, a fim de encontrarmos ferramentas de gestão que viabilizem o sistema como um todo, garantindo assim a oferta de serviços e um atendimento de qualidade à população brasileira. E é neste cenário que se configura a ação de uma entidade sindical temática de grau superior, a Confederação Nacional de Saúde (CNS), que representa todos os setores de serviços de saúde do país, congregando atualmente 8 federações e 89 sindicatos no Brasil.

Dos três pilares que dão suporte à prestação de serviços básicos de saúde (governo, prestadores de serviços privados e operadoras de planos de saúde), os dois últimos estão sob a representação da CNS.

A função da CNS é propiciar diálogo entre os agentes do setor, bem como mediante a aproximação com outras entidades representativas da sociedade civil, tendo em vista melhorar as condições de operação do segmento. Trata-se de reunir as forças produtivas do país para ações conjuntas que possam trazer benefícios para a sociedade como um todo. Episódios recentes como o da derrubada da Medida Provisória 232 - que pregava o aumento da carga tributária para os setores de serviços - e o da manutenção da antiga alíquota da Cofins para os estabelecimentos de serviços de saúde, comprovam a força de uma sociedade unida, bem articulada e democrática.

A estratégia da CNS tem sido aumentar a presença nos principais fóruns de discussão político-econômica do país. Daí a aproximação com o Ministérios da Saúde, da Previdência e do Trabalho; da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); da Frente Parlamentar da Saúde (FPS); da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); da Organização Internacional do Trabalho (OIT), bem como de outras instituições, nacionais e internacionais, representativas da área da saúde. Também fazem parte da rotina da entidade o acompanhamento da tramitação dos Projetos de Lei (PLs) da área da saúde no Congresso Nacional, bem como o acompanhamento e discussão com o

Ministério da Saúde, Anvisa e ANS sobre as Portarias e Resoluções Normativas (RNs) do setor.

A CNS já contabilizou muitos avanços nos últimos anos. Um dos principais refere-se ao maior diálogo existente hoje entre todos os agentes que atuam no sistema. Esta maior disposição para o debate amplo e democrático dos temas que afligem os cidadãos e dos novos modelos para a saúde é passo fundamental para um futuro melhor, que permita a sobrevivência desse sistema, de vital importância para o país e seus cidadãos.

Propostas para o setor

As alternativas para melhorar o cenário atual dos serviços de saúde no país incluem, necessariamente, a readequação do relacionamento entre todos os agentes envolvidos: prestadores de serviços, operadoras de planos de saúde, fornecedores, órgãos governamentais, Ministério da Saúde, Agências, Judiciário e usuários do sistema. Entre elas, destacamos como prioritárias as seguintes:

1) Assinatura de contratos entre as partes, conforme prevêem as Resoluções Normativas (RNs) nº 42, 54 e 71 da ANS, além da contratualização com os prestadores do SUS, visto que somente 12% dos conveniados ao SUS possuem contrato com o gestor, segundo dados do próprio Ministério da Saúde.

2) Padronização eletrônica das informações e formulários, como prega o recém-lançado TISS - Troca de Informações em Saúde Suplementar, da ANS. Isso também representará uma evolução para o setor, uma vez que pretende reduzir a burocracia e os erros atualmente existentes, otimizando assim todo o processo.

3) Desenvolvimento do processo de acreditação para os serviços de saúde, calcado nas normas da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Trata-se de outro pilar fundamental na gestão e no incremento dos serviços de saúde do país. Portanto, apóia-se os Programas de Qualificação e Acreditação, como os que vêm sendo implantados na saúde suplementar, voltados tanto para as operadoras, quanto para os prestadores, visando à melhoria dos serviços e do atendimento oferecidos.

4) Criação de um Código Nacional de Saúde, devidamente respaldado pelo Novo Código Civil, a fim de estabelecer diretrizes, parâmetros e responsabilidades civis para este mercado. Hoje o setor encontra-se ainda atrelado ao Código de Proteção e Defesa do Consumidor (CDC). Porém, o produto em questão é a saúde do ser humano, a sua própria vida, e isso não há como repor. Daí a necessidade de elaboração de um código novo e específico para a área, que ampare legalmente os seus usuários, prestadores e operadoras que se sintam lesados. A ausência de um instrumento como este tem gerado

uma enxurrada de demandas judiciais na última década. Faz-se urgente uma regulamentação para o setor, porém não mais amparada nas relações de consumo, previstas no CDC.

É fundamental que a relação médico-paciente, bem como a responsabilidade legal de prestadores de serviços de saúde sejam arregimentadas por um código capaz de garantir os direitos dos usuários e o exercício digno da profissão de médico.

5) Outro braço importante para a sobrevivência do nosso sistema de saúde é a elaboração de um Código Tributário próprio para o setor, que seja capaz de coibir as bitributações e as elevadas alíquotas que incidem sobre os estabelecimentos. Também carecemos de incentivos para o desenvolvimento de novas tecnologias e equipamentos, não só em nível da indústria nacional, quanto em nível de importação.

6) Desenvolvimento e manutenção de programas de treinamento constantes para as equipes multidisciplinares que atuam nos serviços de saúde, não esquecendo jamais da valorização da relação médico-paciente.

7) Criação do chamado ‘Sistema S da Saúde’, que viabilizaria, através do Sess (Serviço Social da Saúde) e do Serviço Nacional de Aprendizagem da Saúde (Senass) programas voltados a atender as exigências de lazer social, educativo

e recreativo, bem como as necessidades de formação de recursos humanos para o setor.

Finalmente, a preservação e incremento do sistema de saúde no Brasil só serão possíveis mediante um maior e melhor relacionamento entre todos os ‘atores’ do setor, pautado sempre nos princípios do respeito, da dignidade, da moral e da ética. Somente assim, será possível um atendimento de alta qualidade a nossa população.

Bibliografia

BRASIL – Diário Oficial da União, 1998.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE – Cadastro Nacional de Estabelecimentos. www.cns.org.br

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – INEP, 2006. www.inep.gov.br

REVISTA EXAME – 01/02/06

SALM, C. O Globo, 07/01/06

http://ans.saude.gov.br

http://ipea.gov.br

www.abrange.org.br

www.fenaseg.org.br

www.who.int.en ou www.oms.org

www.fibge.org.br

www.bndes.org.br

www.fipe.br

www.cns.org.br

2 - Pelo fim da demagogia no setor de saúde suplementar

Dante Montagnana, médico, presidente do Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo (SINDHOSP)

O sistema suplementar de saúde passa por uma profunda crise no país. Os atores que compõem esse segmento – usuários, médicos, governo e prestadores de serviços de maneira geral - não se entendem. Operadoras e prestadores, que deveriam ser parceiros no sentido mais puro e nobre da palavra, mantêm um péssimo relacionamento comercial, no qual a desconfiança impera. A persistir o atual modelo caminharemos para o estrangulamento de toda a cadeia, com sérios prejuízos a médicos, usuários, hospitais, clínicas, laboratórios e até para o governo, pois na esfera estatal, já se presencia o aumento das filas do SUS. É necessário, portanto, a adoção urgente de um novo modelo de relacionamento.

Convém lembrar que a profissionalização na gestão da saúde é recente. Até 1993, as empresas trabalhavam e ganhavam da forma mais fácil, aplicando as suas receitas no mercado financeiro. Com o advento do Plano Real, os prestadores de serviços tiveram que remodelar a sua estrutura empresarial, procurando produtividade com maior resolutividade. O mercado suplementar, que até então agia livremente, passou a ser regulamentado, a partir de 1998, pela lei 9656. No início dos anos 90, projetava-se mais de 50 milhões de usuários do sistema suplementar na virada do século. Hoje, temos cerca de 35

milhões, somados nesse total os usuários de planos odontológicos. A lei, portanto, engessou o mercado. Todos esses fatores, atrelados à maior conscientização dos consumidores, acesso mais fácil à informação, ao crescente custo da medicina e ao número exagerado de normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) levaram o setor suplementar ao impasse atual.

Como representante dos prestadores de serviços de saúde privados, o Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo (SINDHOSP) também teve de se adequar às mudanças impostas pelo mercado. A primeira medida adotada foi a descentralização. Atualmente, o Sindicato conta com nove escritórios regionais distribuídos em pontos estratégicos do Interior do Estado, munidos de toda infra-estrutura para realização de cursos, seminários e reuniões. Também mantemos um escritório político, em Brasília, o que nos permite estar mais próximos das decisões políticas e dos responsáveis por elas.

Objetivando dar um panorama geral do relacionamento entre prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde, o SINDHOSP realizou duas pesquisas, cada uma com objetivos específicos. A primeira pesquisa foi realizada pelo Instituto Datafolha, em 2003, junto a 82 hospitais da Capital e Grande ABC, e demonstrou o panorama do relacionamento entre prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde. O resultado apontou que o relacionamento entre as partes é péssimo. Esta pesquisa, embora tenha sido realizada somente junto aos hospitais, reflete também, ou senão até pior, o relacionamento com as clínicas e laboratórios.

Entre os problemas apontados pelo estudo destacam-se:

- Falta de contratos ou contratos com cláusulas leoninas e unilaterais favorecendo as operadoras;
- Pagamentos com atrasos;
- Glosas (totais e/ou parciais);
- Desconfiança com a entidade e os médicos, abusando do poder da auditoria e glosando procedimentos já realizados ou negando o fornecimento de medicamentos de alto custo;
- Pagamento na data do vencimento, mas com cheque pré-datado;
- Médicos auditores da operadora verificam, conferem e autorizam a conta do paciente *in loco* e, quando o prestador envia a conta já auditada à operadora, ela reduz (glosa) ainda mais o valor;
- Falta de reajuste (dados da pesquisa mostram que apenas 22% dos hospitais conseguiram recomposição de perdas nos três anos anteriores ao estudo);
- Redução de 13% no valor do CH (Coeficiente de Honorários);
- Demora na emissão das autorizações para atendimento dos usuários - muita burocracia e grande quantidade de relatórios;
- Transferência de pacientes em tratamento para hospitais próprios, ou para aqueles de custo final menor;
- Contratos com cláusulas de reajuste evasivas, que não estipulam um índice de reajuste a cada 12 meses, entre outros.

Quando dimensionamos esses problemas apontados pelo DataFolha em percentuais, verificamos que 84% dos hospitais ouvidos têm problemas sempre

ou quase sempre com glosas; 74% sofrem com demora para autorizações de procedimentos em geral; 70% também sofrem para obter autorização para prorrogação da internação; 62% com atrasos de pagamento; 61% com problemas na auditoria; e 55% com a transferência de pacientes.

A segunda pesquisa do SINDHOSP foi realizada com 50 hospitais da Capital e Grande ABC, em junho de 2005. O principal objetivo foi o de verificar a situação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços, após um ano de implementação da RN 42 da ANS, apontando diversos problemas no processo de contratualização. Do total de operadoras credenciadas nos hospitais, apenas 46,3% haviam mandado propostas com base na RN 42. Desse total, apenas 9,2% dos contratos foram assinados, sendo que o restante continuava em negociação. Nesse estudo uma observação é importantíssima: tratava-se de uma Resolução cujo prazo já havia sido finalizado e que previa multa às operadoras que não firmassem contrato com os hospitais. Mesmo assim, a maioria das operadoras sequer havia iniciado a negociação.

Todos esses dados foram levados ao conhecimento da ANS, que pouco fez para reverter essa situação. O episódio da contratualização enaltece as artimanhas adotadas pelas operadoras de planos de saúde para não conceder reajuste à rede conveniada e, até mesmo, para continuarem se valendo de práticas que as beneficiam, como as apontadas pela pesquisa DataFolha, não melhorando o difícil relacionamento existente entre as partes.

A adoção de um relacionamento comercial "*win-win*" entre prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde, na visão do SINDHOSP, passa

necessariamente pela adoção de um contrato. Direitos e deveres de ambas as partes precisam estar claramente pontuados e é necessário que haja boa-fé. Os instrumentos apresentados pelas operadoras são leoninos e elas não aceitam os modelos de contratos apresentados pelos hospitais. O SINDHOSP orientou todos os seus associados sobre os riscos e cláusulas que deveriam constar de um bom contrato, como índice de reajuste, prazos de pagamento, multas, transferência de pacientes, procedimentos de auditoria, entre outros. É impossível estabelecer uma parceria efetiva sem a adoção de critérios bem definidos.

Por parte da ANS, é necessário que seja estudado um mecanismo de ressarcimento do passivo das operadoras de planos de saúde com o prestador de serviços, quando uma operadora for liquidada. A Unimed São Paulo e a Interclínicas deixaram, juntas, um passivo de aproximadamente R$ 180 milhões, segundo levantamento do SINDHOSP. Quem irá pagar essa dívida e quando?

A subsegmentação do plano ambulatorial é outro aspecto imprescindível, pois proporcionaria ao usuário escolher a assistência mais adequada ao seu poder aquisitivo. Aos prestadores de serviços – médicos inclusive – haveria a possibilidade de uma receita maior, conseqüência do crescimento no atendimento. Às operadoras haveria aumento de prêmio com a nova modalidade, beneficiando principalmente pequenas operadoras. A co-participação também já se mostrou uma ferramenta importante no controle do uso desnecessário do plano. Ela deveria ser permitida, inclusive, para os planos individuais.

Para finalizar, o SINDHOSP defende uma ampla revisão de todo o sistema de saúde suplementar. A Lei 9656/98 engessou o mercado, pois inviabilizou os planos individuais (muitas operadoras consideradas de grande porte já não comercializam o produto), dificultou a entrada de idosos ao sistema, diante do alto custo para se ingressar no sistema, e impôs um relacionamento baseado na pressão entre operadoras e prestadores. A saúde suplementar precisa ser analisada tecnicamente e não politicamente, como foi até agora.

Bibliografia

BRASIL – Diário Oficial da União

www.sindhosp.org.br

www.saude.ans.gov.br

3 - A indústria farmacêutica no Brasil

Ciro Mortella - presidente executivo da Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica (Febrafarma).

Em 2005, o mercado farmacêutico brasileiro faturou R$ 22,23 bilhões (US$ 9,21 bilhões), o equivalente a 1,7% do mercado mundial, estimado em US$ 550 bilhões pela consultoria IMS Health.

O principal mercado de medicamentos - Estados Unidos - movimenta US$ 180,31 bilhões - 32% da receita global do setor. Abaixo, vêm Japão (US$ 60,66 bilhões), Alemanha (US$ 26,87 bilhões), França (US$ 22,57 bilhões), Reino Unido (US$ 15,48 bilhões), Itália (US$ 14,55 bilhões), Canadá (US$ 11,53 bilhões), Espanha (US$ 10, 90 bilhões) e México (US$ 7,09 bilhões).

Em relatório sobre as perspectivas do mercado mundial, a consultoria IMS Health projeta um aumento da participação da China, cujo faturamento em 2006 pode atingir US$ 13 bilhões.

Nesse contexto, o Brasil é uma incógnita. Nos últimos anos, as instabilidades econômicas e alguns sinais contraditórios em relação aos marcos regulatórios econômico e tecnológico criaram uma perspectiva incerta em relação ao potencial do Brasil na área farmacêutica.

A falta de uma política industrial e de uma estratégia de inserção da indústria farmacêutica brasileira no mercado global produziram outros focos de incerteza.

Não há dúvidas sobre as vantagens que o país apresenta para continuar a ocupar uma posição de destaque como um dos principais mercados do mundo

no ramo de medicamentos. Em 1997, o mercado brasileiro ocupava a sétima colocação no ranking global. E as projeções eram otimistas. Tanto assim que os investimentos entre 1994 e 2000 chegaram a US$ 2 bilhões e os programados até 2005 somavam mais US$ 1 bilhão. No entanto, por causa das indefinições apontadas, os prognósticos favoráveis do início da década de 90 não se concretizaram e ainda geraram distorções.

O parque industrial farmacêutico brasileiro passou a registrar altos índices de ociosidade. A capacidade ociosa média da indústria farmacêutica, que fora de apenas 14% em 1998, atingiu, em meados de 2004, o alarmante patamar de 41,2%, segundo dados da Fundação Getúlio Vargas. Paralelamente, as importações do capítulo 30 (produtos farmacêuticos terminados) cresceram, indicando que uma fatia significativa do mercado interno estava sendo abastecida por itens fabricados em outros países.

Como resultado desse processo e de alguns percalços, como a forte desvalorização do real, decorrente da crise cambial de 1999, o Brasil caiu da 7ª para a 10ª posição mundial, perdendo o posto de principal mercado da América Latina para o México, país que desde então passou a atrair a maior parte dos investimentos das empresas multinacionais.

Tendo investido bilhões de dólares em ativos imobilizados na década passada, por que as empresas concluíram ser mais interessante importar medicamentos acabados do que produzi-los no Brasil? As contradições econômicas e regulatórias do mercado farmacêutico fornecem parte das explicações.

O mesmo país que define como prioridade de sua política industrial o aumento da produção nacional de vacinas e de medicamentos, e a redução do déficit da balança comercial da cadeia farmacêutica mantém uma rígida regulação econômica, baseada em uma política de controle de preços e reajustes anuais que represa custos e sufoca as empresas.

O mesmo país que define como prioridade de sua política industrial o apoio à pesquisa, ao desenvolvimento de fármacos e medicamentos e à exploração da biodiversidade adota critérios nebulosos para rejeitar patentes reconhecidas internacionalmente e cria entraves para a autorização de testes clínicos de medicamentos. Atitudes deste tipo acabam por desestimular projetos conjuntos entre laboratórios internacionais e nacionais para o desenvolvimento de novos produtos e a realização de pesquisas em parceria com instituições acadêmicas públicas e privadas.

O mesmo país que se propõe a incentivar o setor privado a aumentar os investimentos no setor farmacêutico destina verbas expressivas para a ampliação dos laboratórios públicos existentes e a instalação de outros, semeando dúvidas em relação às condições de competitividade no mercado. O mesmo país que fixa como questão prioritária a ampliação do acesso aos medicamentos para a população de baixa renda faz incidir sobre os produtos farmacêuticas uma das mais altas cargas tributárias do mundo.

A longa tradição de interferência no mercado, as sucessivas mudanças na legislação que rege o setor farmacêutico, bem como uma política incipiente de desenvolvimento tecnológico, condicionaram negativamente as decisões estratégicas de investimento da indústria, comparativamente às opções internacionais. Diante de tantas discrepâncias de orientação, não é de estranhar que o Brasil tenha deixado escapar boas oportunidades de consolidar sua cadeia produtiva farmacêutica nas décadas passadas.

Há 20 anos, o país perdeu a chance de se transformar num importante produtor de fármacos. China e Índia, por razões diferentes, optaram por esse caminho, tornando-se grandes exportadores de insumos. Hoje, com o avanço da biotecnologia e da síntese de medicamentos de origem vegetal, os horizontes de expansão da indústria farmacêutica brasileira no cenário mundial apontam para o desenvolvimento e a produção de medicamentos inovadores, de alto valor agregado, que tirem proveito, entre outros fatores, do rico acervo de biodiversidade de que o país dispõe. Outra frente de expansão possível, já iniciada por alguns laboratórios, está no aperfeiçoamento de produtos existentes no mercado, conferindo-lhes novas propriedades que aumentem seu poder terapêutico.

De fato, e apesar dos sinais incoerentes emanados do Poder Público, nos últimos anos aumentaram os investimentos da indústria farmacêutica em Pesquisa e Desenvolvimento de substâncias ativas. Embora em valores ainda

modestos, essas iniciativas já produziram resultados importantes, como a síntese de novas moléculas e a obtenção das respectivas patentes internacionais. Mas para que estas opções sejam viáveis e duradouras - e só o serão se houver um ambiente favorável à atração de investimentos nacionais e internacionais de médio e longo prazo - a existência de regras claras e estáveis é fundamental. Pois se os investimentos necessários para o desenvolvimento de novas moléculas sempre foram vultosos e de alto risco, na última década aumentaram não somente os custos, mas os desafios científicos e tecnológicos para descobri-las e sintetizá-las.

O perfil tecnológico da indústria farmacêutica, em cada país, resulta da combinação das respectivas características de mercado e da infra-estrutura, bem como das perspectivas de desenvolvimento do conhecimento, no que são importantes as relações de escala e dos objetivos do parque industrial e a credibilidade das políticas públicas, principalmente no que se refere à estabilidade das regras que pautam a atividade econômica.

O desenvolvimento tecnológico e a difusão do conhecimento, caracterizados pela engenharia de produto, pela verticalização dos estágios produtivos e pelo fomento da pesquisa, sofrem concorrência de âmbito mundial: os principais fatores de atratividade são a baixa relação risco-retorno, as características institucionais e jurídicas de cada país e a perspectiva de crescimento sustentado.

Na década de 70, criar uma nova droga envolvia investimentos de US$ 50 milhões, em média. Atualmente, segundo cálculos do Tufts Center for the Study of Drug Development, de Medford, Massachusets, nos Estados Unidos, um processo típico de pesquisa e desenvolvimento de um novo princípio ativo custa cerca de US$ 900 milhões e leva ao redor de 15 anos para ser completado. Portanto, criar um arcabouço institucional e jurídico, no âmbito da política industrial, que ofereça um clima propício para a atração de investimentos desta magnitude, tendo em vista as perspectivas de retorno do capital aplicado, é condição *sine qua non* para alavancar a produção local de medicamentos e relançar o Brasil no mercado global.

Em grandes linhas, uma política industrial voltada para este objetivo deve assentar-se em investimentos em inovação, com respeito à propriedade intelectual, parcerias entre iniciativa privada e instituições acadêmicas e a formulação de políticas públicas na área da saúde.

A anunciada intenção de buscar uma modernização tarifária passa pela revisão das alíquotas de importação e a retirada dos entraves às exportações no âmbito do Mercosul e da Alca.

A reestruturação do Instituto Nacional de Propriedade Intelectual (INPI) é uma providência urgente. A morosidade do órgão desestimula os investimentos em Pesquisa e Desenvolvimento de novos medicamentos, com prejuízos para empresas nacionais e multinacionais.

A Lei de Inovação é outra ação fundamental para o fortalecimento do segmento. O país carece de diretrizes que balizem o relacionamento entre e a iniciativa

privada e as instituições públicas, como os centros de pesquisa das universidades.

Eis uma providência vital para regular não apenas as parcerias em si, mas também consolidar o conceito segundo o qual a pesquisa deve, necessariamente, dar tanto retorno social como econômico.

Como acontece em todos os países que possuem sólidas bases de P&D, os investimentos em pesquisa devem gerar desenvolvimento econômico. Sendo assim, e até por uma questão de racionalidade econômica, é desejável estabelecer sinergias entre empresas focadas no desenvolvimento de tecnologias, produtos e processos. A constituição dessas interfaces pode contribuir para colocar o Brasil no circuito mundial de pesquisas, além de alargar o mercado local e abrir novas frentes exportadoras.

Com um mercado potencial de 180 milhões de pessoas, o Brasil continua sendo uma base atraente para laboratórios internacionais, apesar da estagnação das vendas internas. Para esta empresas, o país tem *massa crítica*. A população brasileira, vale lembrar, é maior que a japonesa.

O processo de fusões entre companhias farmacêuticas, em âmbito mundial e também no país, abriu novas perspectivas para o Brasil. O mapa global de vendas revela que há muito espaço a ocupar. O relatório da consultoria IMS Health sobre as perspectivas do mercado mundial aponta a América Latina e o Leste Europeu como regiões emergentes, com grande potencial de crescimento. Recentemente, importantes laboratórios nacionais e multinacionais que operam

no Brasil anunciaram fusões e aquisições. E outros estão prospectando oportunidades.

Trata-se de uma movimentação natural, especialmente quando se sabe que a indústria farmacêutica é uma das mais globalizadas do país e, ao mesmo tempo, uma das mais antigas no processo de instalação de plataformas produtivas ao redor do mundo. Embora, em linhas gerais, mantenham a disposição de levar adiante seus planos de expansão e continuem investindo - de olho nas vantagens comparativas do Brasil frente a outros países latino-americanos - as empresas internacionais e nacionais lutam para superar sérios entraves: a excessiva burocracia, o elevado Custo Brasil, a exagerada carga tributária, as incertezas regulatórias e a informalidade crescente.

A essas dificuldades somam-se restrições à rentabilidade, por conta do controle de preços e do encolhimento do mercado local, que afetam as decisões de investimento das empresas.

É preciso alterar esse quadro, para que o Brasil se credencie a atrair capitais em um setor cuja indústria já é internacionalizada e na qual a concorrência entre países para novos investimentos se faz em função das vantagens comparativas. Assim, uma política industrial consistente deve orientar-se pela eliminação dos gargalos burocráticos e jurídicos, a supressão das ineficiências regulatórias, a preservação da estabilidade de regras, e pela revisão da política fiscal e do sistema de preços administrados.

Bibliografia

AMARAL, GILBERTO LUIZ DO. Radiografia da Tributação sobre Medicamentos. Estudos Febrafarma v.8, 2006.

AMORIM, MARIA CRISTINA SANCHES. Regulação do mercado farmacêutico brasileiro - a aplicação da fórmula de ajuste de preços, determinada pela Lei 10.742/03 e decreto e resoluções correspondentes. Paper, 2005.

GOMES, LAURA (Coordenadora). A Indústria Farmacêutica e o Comércio Exterior. Febrafarma, 2005.

OHANA, EDUARDO FELIPE. Comparativo Internacional de Preços de Produtos Farmacêuticos. Estudos Febrafarma v.7, 2005.

ROMANO, LUIZ AFONSO. Análise de Desempenho Econômico-Financeiro do Setor Farmacêutico no Brasil - 1998 a 2003. Estudos Febrafarma v.5, 2005

ROMANO, LUIZ AFONSO. Intervenção e Regulação no Brasil - A Indústria Farmacêutica. Estudos Febrafarma v.6, 2005.

SILVA, RODRIGO ALBERTO CORREIA DA. Controle de Preços de Medicamentos. Estudos Febrafarma v.2, 2004.

4 - Genéricos: uma nascente história de sucesso

Vera Valente – engenheira agrônoma, advogada, diretora executiva da Pró-genéricos.

Esse artigo busca explorar a trajetória que conduziu à adoção dos genéricos no mercado brasileiro, as características intrínsecas a essa categoria de medicamentos, os resultados já alcançados e os desafios que ainda se colocam para que número maior de pessoas possa ter acesso a tratamentos de saúde de qualidade a preços adequados. O sucesso obtido até agora pelos genéricos beneficia todos aqueles que buscam uma saúde melhor – sejam pacientes, sejam os responsáveis por nosso sistema público de atendimento. E prova que é possível realizar políticas públicas relevantes e eficientes para a melhoria das condições de vida de todos os brasileiros.

A ampliação do acesso a medicamentos é hoje o mais caro tema de saúde pública mundial. Trata-se de preocupação que se torna ainda mais aguda no Brasil, país em que parcela considerável da população dispõe de renda insuficiente para atender suas necessidades mais elementares. Em razão disso, a introdução dos medicamentos genéricos no mercado nacional ganha ainda mais relevância. Em pouco mais de meia década, os genéricos demonstraram uma valiosa capacidade de promover preços mais justos e permitir maior incorporação de consumidores ao mercado, com maior adesão aos tratamentos de saúde.

Lançados em 2000, os genéricos já respondem por algo em torno de 12% das unidades comercializadas no país, percentual que triplica quando se consideram apenas os segmentos em que eles efetivamente competem. São números que indicam o grau de confiança que os genéricos conseguiram conquistar junto à população neste curto espaço de tempo. Milhares de brasileiros que não tinham como seguir as prescrições médicas por falta de condições financeiras encontraram nos genéricos uma alternativa viável para cumprir os tratamentos recomendados nos consultórios.

Parte dessa credibilidade se deve ao extremo rigor que as autoridades brasileiras adotaram ao definir os marcos legais para produção e comercialização dessa classe de medicamentos no país. As exigências aqui estabelecidas estão em linha com o que se pratica em mercados onde o consumo de medicamentos sem marca já é hábito consolidado, como as regulamentações adotadas pela americana Food and Drug Administration (FDA), pela Health Canada e pela européia Emea. Quando o assunto é segurança, eficácia e qualidade dos genéricos, pode-se afirmar que o Brasil não fica nada a dever às demais nações.

O mercado nacional de medicamentos sofreu radical transformação ao longo dos últimos dez anos, da qual a chegada dos genéricos é apenas um capítulo, ainda que bastante relevante. Entre 1969 e 1996, o Brasil não reconhecia direito a patentes nem a produtos nem a processos farmacêuticos. A situação mudou

depois da entrada em vigor da Lei de Patentes (Lei nº 9.279, de 1996), seguida da introdução dos genéricos, a partir da promulgação da Lei nº 9.787, de 1999.

Características

Os genéricos são cópias fiéis de medicamentos de marca cujas patentes já expiraram. A semelhança entre eles é garantida por testes feitos em laboratórios e em seres humanos que asseguram que os genéricos têm mesmo princípio ativo, mesma composição, mesma forma farmacêutica e mesma dosagem dos medicamentos de referência correspondentes (equivalência farmacêutica) e atuam no organismo da mesma maneira e na mesma velocidade observadas quando são ministrados os produtos dos quais são replicados (bioequivalência).

Além de se submeter a rigorosos testes laboratoriais antes de ter sua comercialização autorizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a produção de genéricos precisa obedecer a um extenso regulamento de Boas Práticas de Fabricação, cujo cumprimento é checado pelo menos uma vez por ano por equipes do órgão regulador. Elas garantem que todos os lotes que saem das linhas de produção mantêm, de maneira homogênea, as mesmas características daqueles que foram testados. Juntas, estas exigências asseguram que o genérico pode substituir, sem perda de eficácia e qualidade, o correspondente medicamento de referência prescrito pelo médico. É a chamada intercambialidade, prerrogativa de que somente os genéricos desfrutam e que está detalhada na resolução RDC 135, editada pela Anvisa em maio de 2003.

A legislação brasileira determina que os genéricos só podem ser vendidos pelo nome do princípio ativo e jamais podem exibir nome fantasia em sua embalagem. É justamente esta característica – que os leva a prescindir de

estratégias agressivas de marketing e publicidade – que permite que seus preços sejam sensivelmente mais baixos que os de seus concorrentes. Aliás, uma das exigências das autoridades de saúde para conceder autorização para que um genérico seja comercializado no país é que ele custe no mínimo 35% menos que o medicamento de marca do qual foi copiado. Em média, a diferença praticada pelo mercado acaba sendo maior: 45%, embora haja casos em que o genérico disponível chegue a ser até 70% mais barato.

Além dos genéricos e dos medicamentos inovadores (de marca), o mercado brasileiro abriga os similares. Trata-se de característica peculiar que acarreta muita confusão por parte dos usuários. Os similares também são cópias dos produtos de referência, mas que não tiveram que ser submetidos, para obtenção do registro, aos testes de equivalência farmacêutica e bioequivalência. Ou seja, não dispõem da garantia de eficácia que esses ensaios conferem aos genéricos e; em alguns aspectos podem até diferir do medicamento original. Por isso, os similares não são intercambiáveis e não podem substituir os medicamentos prescritos pelos médicos.

Desde 2004, porém, a Anvisa também passou a exigir dos similares a submissão aos testes, num processo que deverá estar concluído em dez anos. Esta é uma medida muito importante para o aperfeiçoamento do mercado, de forma a garantir que todos os itens disponíveis nas prateleiras das farmácias tenham, de fato, eficácia e segurança comprovadas – algo hoje restrito aos genéricos e aos medicamentos de referência – e a coibir a chamada

“empurroterapia”, a troca ilegal de medicamentos nos balcões das farmácias, prática, embora perigosa, infelizmente ainda muito comum no país.

O rigor empregado pela Anvisa nas etapas de registro dos genéricos é acompanhado do controle contínuo da qualidade dos itens em comercialização. Periodicamente, em conjunto com o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), são recolhidas amostras de genéricos no mercado e refeitos os testes de equivalência farmacêutica.

Mercado

Os genéricos já são há bastante tempo uma opção de tratamento a baixo custo para a população de países como Estados Unidos e Canadá. A indústria de genéricos norte-americana, por exemplo, existe desde a década de 60, embora os critérios para o registro desses medicamentos, que se tornaram parâmetros para todo o mundo, só tenham sido definidos em 1984. Lá os genéricos alcançam participação de quase 40% no mercado – percentual próximo ao observado na Inglaterra e Alemanha.

Os negócios com genéricos crescem a um ritmo de 20% ao ano no mundo. É mais que o dobro do desempenho observado no mercado de medicamentos inovadores, cuja evolução anual situa-se em torno de 8%. O faturamento da indústria mundial de genéricos alcança algo como US$ 35 bilhões ao ano.

Os primeiros genéricos começaram a chegar ao mercado brasileiro em 2000. Hoje, seis anos depois, já estão registradas perto de 7.600 apresentações, que representam quase 300 princípios ativos e 64 classes terapêuticas.

Cerca de 80% das unidades de genéricos comercializadas no mercado brasileiro são produzidas no país por indústrias que são, em sua maioria, de capital nacional. Os investimentos realizados pelos principais laboratórios do mercado, entre 1999 e 2004 – tanto na modernização, ampliação e construção de novas plantas, quanto na realização de testes de qualidade – somaram US$ 170 milhões e devem dobrar até o fim desta década. A capacidade produtiva atual desses laboratórios é de 256 milhões de unidades por ano.

O bom desempenho dos genéricos tem ajudado a indústria farmacêutica a não amargar resultados mais negativos nos últimos anos, em que a renda dos brasileiros caiu acentuadamente – com exceção de curtos espasmos de recuperação como o verificado em 2005. Desde 2001, quando a chegada de genéricos ao mercado intensificou-se, a evolução do número de unidades vendidas esteve sempre acima de 20%, enquanto o mercado farmacêutico como um todo jamais conseguiu ultrapassar 9% de expansão, chegando mesmo a encolher em 2003, conforme o quadro abaixo.

Desempenho do mercado brasileiro de medicamentos (2001-2005)

		2001	2002	2003	2004	2005
O AL	**US$ milhões**	4.939	4.614	4.848	5.854	7.744

	Evolução (em%)		**-6,6**	**5,1**	**20,7**	**32,3**
	UNID (em mil)	1.249.405	1.278.639	1.219.283	1.322.976	1.335.904
	Evolução (em%)		**2,3**	**- 4,6**	**8,5**	**1,0**
MERCADO GENÉRICOS	US$ milhões	129	225,2	311,6	442,6	692,6
	Evolução (em%)		**74,5**	**38,3**	**42,0**	**56,5**
	UNID (em mil)	38.827	75.708	94.819	122.895	151.435
	Evolução (em%)		**95,0**	**25,2**	**29,6**	**23,2**

Fonte: IMS Health, 2005

Em termos gerais, os genéricos já respondem por cerca de 12% das unidades comercializadas no mercado brasileiro e por algo em torno de 9% das vendas em dólar. Quando se excluem dos cálculos os medicamentos patenteados, os hormônios e anticoncepcionais – para os quais não existem genéricos autorizados no país – e os OTC (do inglês *over the* counter, medicamentos de venda livre, sem necessidade de prescrição), a participação torna-se mais expressiva: perto de 28% em unidades e 26% em dólares. Considerando-se as 50 principais substâncias desse mercado, porém, os genéricos já alcançaram a liderança: respondem por 41% do mercado, ante 32% correspondentes a medicamentos inovadores e 28% a similares.

Os números podem ser considerados satisfatórios, mas ainda estão longe dos limites que podem ser atingidos, levando-se em conta a experiência de outros países. Nos Estados Unidos, por exemplo, a larga participação de mercado dos genéricos é ajudada pela disseminação, entre os profissionais de saúde, da prescrição de medicamentos pelo nome do seu princípio ativo – uma prática corrente lá.

Ampliação de acesso

O segmento farmacêutico tem características muito particulares que o diferem das demais atividades econômicas, e em função das quais a introdução de opções mais baratas torna-se imperativa. Trata-se de um setor em que a concorrência de mercado atua muito timidamente, ou seja, é um mercado classificado como imperfeito segundo a teoria econômica. Isto porque os consumidores dispõem de pouca informação e conhecimento sobre os produtos e as possibilidades de escolha são limitadas. Junte-se a isso o fato de a demanda por medicamentos comportar-se de maneira inelástica, o que significa dizer que, mesmo quando os preços sobem, os consumidores não deixam de comprá-los.

Em condições assim, a expansão da participação dos genéricos tem ajudado a abrir o mercado de medicamentos a um número maior de consumidores, principalmente nos casos de tratamento de doenças crônicas. Tem sido igualmente importante para permitir a continuidade dos tratamentos, com reflexos positivos inclusive sobre as políticas públicas de saúde.

Seria possível tomar vários exemplos para demonstrar os benefícios que a chegada dos genéricos ao mercado geraram em termos de ampliação do acesso da população a medicamentos. Entretanto, vamos nos fixar em apenas um, para não sermos exaustivos: a evolução das vendas da metformina, substância usada para tratamento de diabetes.

Entre 2001, ano da chegada de seu genérico ao mercado, e 2005, o número de unidades de medicamentos à base de metformina comercializados no país cresceu 53%: passou de 4,9 milhões para 7,5 milhões. Prova de que os genéricos foram os responsáveis pelo aumento de vendas – e, conseqüentemente, da ampliação de acesso ao tratamento – é o fato de que praticamente todo o crescimento deveu-se à expansão dos produtos sem marca. Em quatro anos, eles passaram de 0,3 milhão de unidades para 4,7 milhões, que correspondem a 63% do mercado da metformina.

Com base em indicadores sobre desempenho das vendas e redução dos preços ao consumidor, a Pró Genéricos, que reúne os principais laboratórios que atuam na produção e comercialização de genéricos no país, estima que, nos últimos cinco anos, a opção pelos medicamentos sem marca permitiu aos usuários economizar o equivalente a R$ 3,4 bilhões.

Perspectivas

Embora tenham logrado resultados consistentes em pouco tempo, os genéricos ainda sofrem com a desinformação. Um dos maiores desafios a ser enfrentado

para sua disseminação é o aumento da sua prescrição pelos profissionais de saúde. Atualmente, os genéricos aparecem em 13% das receitas médicas, índice muito menor do que os observados, por exemplo, nos EUA e em países europeus. Lá, cerca de metade das prescrições são emitidas utilizando-se o nome do princípio ativo dos medicamentos.

A experiência internacional tem mostrado que os maiores êxitos vêm sendo registrados em países onde há iniciativas governamentais consistentes de esclarecimento da classe médica acerca da eficácia e da confiabilidade dos genéricos. Desde a primeira hora, esta tem sido uma preocupação da indústria, com maior ou menor grau de atenção por parte do governo. A prescrição genérica colabora para ampliar o acesso aos medicamentos e para elevar a eficácia dos tratamentos, já que, com custos menores, os pacientes tendem a não abandoná-los. É, pois, um tema de política de saúde de máxima relevância.

A alteração do quadro atual apenas ocorrerá se efetivamente passarmos a discutir e implementar novos modelos de acesso a medicamentos com financiamentos públicos e privados, visando atender as necessidades da população de menor renda. Um dos paradigmas desse sistema é o que as seguradoras privadas adotam nos EUA, por intermédio das Health Maintenance Organizations (HMO) e das Pharmacy Benefit Managers (PBM), que com seu peso de mercado ajudam a forçar a baixa de preços. Da agenda também deve constar a inclusão da obrigatoriedade de reembolso de gastos com medicamentos genéricos pelos planos de saúde.

Os critérios de compras públicas de medicamentos também integram a pauta de desafios para a expansão dos genéricos brasileiros. É fundamental que se imponham critérios rigorosos de qualidade para os artigos adquiridos pelo sistema público de saúde, em conformidade com a evolução da legislação sanitária brasileira. Junto ao quesito preço (hoje critério único na maior parte dos casos), deve ser incluída a exigência de realização de testes de equivalência farmacêutica e bioequivalência como parâmetro de julgamento dos processos licitatórios, oferecendo garantias de eficácia e segurança para o medicamento consumido pelos usuários do Sistema Único de Saúde.

É extremamente importante também que a ANVISA dê continuidade à regulação de mercado, impondo aos fabricantes de similares as mesmas exigências impostas às indústrias de genéricos, entre elas o Certificado de Boas Práticas de Fabricação e a aplicação de testes de biodisponibilidade relativa.

Mesmo em pouco tempo, os genéricos já demonstraram seu valor para a inclusão de mais pessoas num mercado de características complexas e que lida com o bem mais precioso do ser humano: sua vida. Ampliar esta nascente história de sucesso deve ser preocupação constante de todos aqueles que lidam com as políticas de saúde no país. Os genéricos são, sem dúvida, o melhor caminho e o melhor remédio para tornar nosso sistema mais eficiente e mais justo.

Bibliografia

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

IMS HEALTH, 2005.

www.anvisa.saude.gov.br

www.progenericos.org.br

5 - MEDICAMENTOS ISENTOS DE PRESCRIÇÃO (MIP)

Aurélio Saes – médico, presidente executivo da Associação dos Produtores de Medicamentos Isentos de Prescrição.

O Medicamento Isento de Prescrição (MIP) é aquele que pode ser adquirido sem uma prescrição médica, diretamente pelo consumidor nos pontos de venda.

Diferentemente do que ocorre com produtos em que a compra só pode ser realizada com uma receita médica, e na qual portanto, quem exerce a decisão da escolha é o médico (e não o paciente) , a compra de um MIP é decidida pelo próprio consumidor. Este exerce seu poder baseado nas informações adquiridas, pelo seu histórico (consumo anterior, quase sempre orientado por profissional de saúde), pela propaganda, pela busca em fontes como revistas especializadas, internet, etc. Isto transforma o consumidor em um indivíduo consciente e responsável pela sua saúde, e esta consciência tem sido uma tendência mundial, incentivada por organizações relacionadas tais como a Organização Mundial da Saúde – OMS. O consumo responsável de MIPs transforma-se assim em fator positivo para a saúde populacional.

Além da auto-responsabilidade sobre sua saúde, o consumo responsável de MIPs traz outros benefícios como conforto e conveniência para o consumidor (facilidade na aquisição), e uma grande economia para os sistemas de saúde. Ocupar

estruturas caras e profissionais especializados para fornecer prescrições de produtos para os quais os indivíduos podem estar preparados para a sua aquisição, seria um custo indevido e muitas vezes, insuportável para muitos países.

Os MIPs surgiram como uma categoria definida na década de 60, em decorrência de uma necessidade de mercado e do próprio consumidor que, fazendo parte de um mundo com escassez crescente de recursos e de tempo, tinha necessidade premente de conforto, praticidade e diminuição de custos para a aquisição de alguns medicamentos. Ele também estava mais amadurecido e consciente sobre o uso destes medicamentos, principalmente pela revolução ocorrida nas comunicações, permitindo um acesso muito mais amplo às informações necessárias à tomada de consciência, e que vem evoluindo continuamente até os dias de hoje. Ao mesmo tempo surgiam sistemas de saúde com reembolso de medicamentos, com custos crescentes e que obrigavam seus gestores a buscar alternativas para diminuir estes custos. Surgem então os sistemas de classificação de medicamentos reembolsados, com níveis diferentes de reembolso de acordo com seu “risco“, ou seja, de acordo com o grau de conseqüência que o não uso do produto pudesse causar (essenciais e sintomáticos). E desta forma foi criada a categoria de produtos chamados, à época, de OTC, que por serem sintomáticos, têm os menores níveis de reembolso (ou mesmo nenhum), aliviando desta forma os custos dos sistemas de saúde com medicamentos. Além disto, estes produtos foram considerados como livres de prescrição, já que além das características já citadas, o perfil de segurança dos mesmos permitia que fossem dispensados sem a

orientação de um médico. No Brasil, esta categoria foi oficialmente reconhecida em 1975.

O termo OTC significa *over the counter* , ou seja, “sobre o balcão”, oriundo do fato de que estes produtos eram colocados sobre o balcão da farmácia para que o indivíduo pudesse escolhê-los ; hoje este termo já não é mais adequado pela própria configuração física do varejo, com gôndolas de auto-serviço.

Regulamentação

Com o estabelecimento da categoria dos MIPs , inicia-se um mercado específico e torna-se necessária uma regulamentação adequada, principalmente em relação à classificação das substâncias. Esta regulamentação ocorre de maneira diversa em vários países, mas sempre com uma tendência a uma equalização, já que os produtos farmacêuticos são na sua quase totalidade, produtos globais. Também a evolução dos mercados regionais para uma consolidação com formação de blocos força a o desenvolvimento de uma regulamentação global, mas ainda estamos longe de uma regulamentação adequada a cada região e a cada país. Ainda temos muitas discrepâncias, existindo diferenças em relação às substâncias liberadas de prescrição em cada país.

O Brasil tem um sistema de classificação único dentro da América Latina, mas que serviu de exemplo para vários países; este sistema denominado GITE (Grupo de Indicações Terapêuticas Específicas) relaciona as substâncias ativas de acordo com o ATC/OMS (Anatomical Therapeutical Chemical Classification / Organização

Mundial da Saúde), com suas indicações específicas, e permite que as empresas registrem seus produtos como MIPs desde que se enquadrem nestas especificações. Este sistema, ainda que tenha trazido um avanço, permitindo que o mercado seja claramente definido, necessita de revisões periódicas já que ainda existem muitas substâncias liberadas em outros países que não estão ainda incluídas aqui no Brasil. Além disto, este é um setor dinâmico no qual muitas novas substâncias são continuamente liberadas de prescrição, em virtude da pressão de mercado para que novos produtos sejam excluídos dos sistemas de reembolso.

Mercado

O mercado de MIPs tem mostrado uma tendência de crescimento contínuo desde seu surgimento, com índices cada vez menores em decorrência de seu amadurecimento. Existe sempre uma pressão pela liberação de novos produtos pela existência de duas forças próprias da área: os gestores dos sistemas de saúde buscam continuamente a diminuição de custos com medicamentos, e desta forma pressionam para que mais produtos sejam liberados de prescrição e conseqüentemente de reembolso; e o consumidor está cada vez mais consciente de suas responsabilidades com a saúde e com mais condições de julgar a necessidade do uso de produtos sintomáticos, exigindo também mais conveniência e conforto, além de diminuição de custos para a aquisição destes produtos. Assim, existe uma tendência contínua de inclusão de novas substâncias, com a conseqüente tendência de aumento do mercado.

O produto MIP é muito mais sensível a aumento de preços (maior elasticidade), relativamente aos produtos essenciais, podendo mostrar maiores quedas de

consumo pelos aumentos ou mesmo pela diminuição do poder aquisitivo da população.

O setor de fitoterápicos tem se desenvolvido bastante ultimamente, em decorrência de uma maior evolução tecnológica na pesquisa de novos produtos e pelo próprio interesse do mercado neste setor. Também o setor de vitaminas e outras substâncias de uma nova classe denominada popularmente de *Life Style Improvement* tem apresentado crescimento bastante significativo, principalmente pelo envelhecimento da população, pelo aumento da incidência de doenças degenerativas modernas e maior capacitação para realizar diagnósticos.

Mercado Global

Os MIPs tem representado em torno de 14% do total do mercado mundial em moeda e aproximadamente um terço do total de unidades vendidas (tabela 1). Esta diferença se deve a vários fatores como sistemas de classificação de produtos de cada país, sistemas de reembolso e outros, mas o mais importante é sem dúvida o valor do preço médio dos MIPs em relação aos produtos sob prescrição. Nos Estados Unidos, por exemplo, o mercado de MIPs em moeda é de 6%, com aproximadamente 20% em unidades; porém muitos produtos fitoterápicos e nutricionais, aqui classificados como medicamentos não têm lá a mesma classificação e portanto não compõem este mercado e o preço médio dos produtos sob prescrição é em torno de 5 vezes maior que os dos MIPs. No Brasil esta diferença é bem menor, girando em torno de 20% a menos para os MIPs, o que

explicaria termos em nosso país um mercado com 27% de MIPs em moeda e 33% em unidades (tabela 1 e tabela 2). O mercado mundial de MIPs em 2005 foi de aproximadamente 50 bilhões de dólares , mostrando uma tendência de crescimento nos últimos anos. Os Estados Unidos, mesmo com um número muito menor de produtos classificados como MIPS, representam o maior mercado do mundo (US$ 10 bilhões), e como se observa na tabela 1, dentro do mercado OTC, a categoria mais importante é a que se denomina "diversos", que engloba uma série de produtos que não se encaixam nos padrões de classificação e sendo que muitos deles são "não classificados" nos EUA, mas são vendidos livremente não somente em farmácias, mas também em supermercados e representam uma grande fatia deste mercado. A seguir vêm os mercados de Japão, com US$ 6,5 bilhões (11% de seu mercado), Alemanha com US$ 5 bilhões (18% de seu mercado), França com US$ 4 bilhões (18% de seu mercado) e Itália US$ 2,5 bilhões (30% de seu mercado).

As principais classes terapêuticas do mercado mundial de MIPs variam muito entre os países, sendo a principal a de analgésicos, em praticamente todos eles; esta variação ocorre devido aos diversos sistemas de classificação como já ressaltamos anteriormente. Se, porém, fizermos uma classificação por moléculas ou princípios ativos, poderemos observar uma grande homogeneidade nos mercados ao redor do mundo, mas infelizmente não dispomos de tabelas desta natureza para mostrar.

Os preços dos MIPs crescem menos que os dos produtos sob prescrição, por vários motivos; primeiramente há uma concorrência muito maior, posto que neste mercado

existem muito poucos produtos patenteados e a compra pela marca é o que predomina; de forma diferente, no mercado de produtos sob prescrição ocorre constantemente a entrada de novos produtos com proteção patentária e com preços elevados, o que faz elevar continuamente o preço médio e o mercado como um todo. Assim, a concorrência para os MIPs é mais acirrada, o que freia o aumento de preços. Além disto, nos países onde existe sistema de reembolso de medicamentos, os MIPs (na sua quase totalidade, e com raras exceções) não são incluídos, sendo de compra livre pelo consumidor, o que aumenta a concorrência e pressiona a baixa de preços.

Tabela 1

US$ (000)	2002	2003	2004	2005
Mercado Total	275.811.000	315.888.000	348.205.000	366.327.000
Mercado OTC	38.042.738	42.532.851	46.236.140	49.963.611
Participação OTC	13,79%	13,46%	13,28%	13,64%
Principais Mercados				
Mercado Total	275.811.000	315.888.000	348.205.000	366.327.000
U.S.A	147.380.000	162.302.000	175.045.000	182.712.000
JAPÃO	46.892.000	53.109.000	57.627.000	60.273.000
ALEMANHA	17.482.000	22.725.000	24.779.000	26.743.000
FRANÇA	14.744.000	18.432.000	21.247.000	22.406.000
REINO UNIDO	10.832.000	12.981.000	15.636.000	14.986.000
BRASIL	3.875.000	4.173.000	5.039.000	6.978.000
Outros	34.606.000	42.166.000	48.832.000	52.229.000
Mercado OTC	38.042.738	42.532.851	46.236.140	49.963.611
USA	9.383.066	9.433.718	9.593.136	10.077.873
JAPÃO	5.785.085	5.953.528	6.095.054	6.479.108
ALEMANHA	3.998.901	4.854.668	4.897.231	4.930.337
FRANÇA OTC	3.015.616	3.661.427	3.978.898	4.029.499
ITÁLIA OTC	1.528.080	2.084.484	2.376.173	2.523.145
BRASIL OTC	1.856.333	1.841.773	2.220.589	2.894.808
Outros	12.475.657	14.703.254	17.075.058	19.028.840
Princ. Cl. terapêuticas				
Mercado Total	275.811.000	315.888.000	348.205.000	366.327.000
CARDIOVASCULAR	53.797.000	61.307.000	68.349.000	71.861.000
SIST. NERV. CENTRAL	48.314.000	57.274.000	64.851.000	67.728.000
NUTRIÇÃO/METABOL.	41.207.000	46.481.000	49.630.000	51.571.000
RESPIRATÓRIO	26.140.000	28.001.000	30.062.000	32.846.000
ANTI-INFECCIOSOS	23.804.000	27.045.000	27.781.000	29.680.000
Outros	82.549.000	95.780.000	107.532.000	112.641.000
Mercado OTC	38.042.738	42.532.851	46.236.140	49.963.611
DIVERSOS OTC	5.655.659	5.172.707	4.531.653	3.896.683
ANALGÉSICOS	4.978.007	4.650.521	4.415.119	4.102.561
GRIPES E RESF.	3.452.124	3.090.058	2.904.031	2.654.561
DERMATOLÓGICOS	2.519.279	2.364.348	2.146.277	1.940.284
TÔNICOS	2.464.191	2.400.315	2.282.830	2.073.242
VITAMINAS- SIMIL.	2.207.163	2.045.453	1.818.349	1.579.615
OUTROS	16.766.314	22.809.447	28.137.881	33.716.666
Princ.Cl. OTC-Brasil	1.856.333	1.841.773	2.220.589	2.894.808
ANALGÉSICOS	191.009	187.252	240.042	308.856
GRIPES E RESF.	95.098	99.263	136.699	173.677
VITAM./MINERAIS/ETC	76.261	77.919	95.708	120.376
DIGEST./ANTIÁCIDOS	71.995	71.841	86.136	109.107
LAXANTES	62.343	64.495	76.445	100.892
Outros	1.359.627	1.341.003	1.585.560	2.081.901

Fonte: ABIMIP, 2006

Um outro fator que concorre para a menor elevação de preços dos MIPs advem da regulamentação; os medicamentos novos, em praticamente todos os países, somente podem ser liberados da receita médica após um período de pelo menos 5 anos (em alguns países este período pode ser maior). Este é o chamado período de farmacovigilância pós-marketing, quando podem ser observados alguns efeitos adversos quando do uso em larga escala e na população em geral, os quais eventualmente, não puderam ser observados nos estudos fechados para obtenção do registro da droga. Um produto só pode tornar-se um MIP após vários anos de comercialização e em geral, já fora da proteção de patente, coexistindo com vários concorrentes.

Mercado Brasileiro

Os MIPs representam atualmente cerca de 27% do mercado em reais e 33% em unidades. Como já mencionado, esta diferença se deve ao menor preço médio das unidades de MIPs em relação ao mercado total e aos produtos sob prescrição. É no entanto uma diferença bem menor do que a observada em outros paises como por exemplo EUA, o que explica o percentual maior de mercado MIP no Brasil (tabela 2). Como se observa na tabela 2, o mercado de MIPs em unidades

Tabela 2

BRASIL - PARTICIPAÇÃO DOS MIP´s NO MERCADO TOTAL DE MEDICAMENTOS						
Mercado		MAT~12/2001(R$)	MAT~12/2002(R$)	MAT~12/2003(R$)	MAT~12/2004(R$)	MAT~12/2005(R$)
Mercado sem MIPs		8,079,846,702	9,236,529,032	10,644,863,484	12,379,687,336	13,713,724,834
Participação % no Total		69.87%	70.45%	72.02%	72.28%	73.14%
MIPs		**3,483,621,133**	**3,875,025,380**	**4,135,688,472**	**4,747,694,190**	**5,036,783,399**
Participação % no Total		**30.13%**	**29.55%**	**27.98%**	**27.72%**	**26.86%**
Total do Mercado		11,563,467,835	13,111,554,412	14,780,551,956	17,127,381,526	18,750,508,233
Mercado		MAT~12/2001(US$)	MAT~12/2002(US$)	MAT~12/2003(US$)	MAT~12/2004(US$)	MAT~12/2005(US$)
Mercado sem MIPs		3,456,624,536	3,248,586,269	3,495,843,227	4,236,538,652	5,671,552,212
Participação % no Total		69.91%	70.37%	72.04%	72.30%	73.15%

MIPs		**1,487,681,290**	**1,367,827,098**	**1,356,875,204**	**1,623,275,448**	**2,082,281,512**
Participação % no Total		**30.09%**	**29.63%**	**27.96%**	**27.70%**	**26.85%**
Total do Mercado		4,944,305,826	4,616,413,367	4,852,718,431	5,859,814,100	7,753,833,724
Mercado		MAT~12/2001-Unidades	MAT~12/2002-Unidades	MAT~12/2003-Unidades	MAT~12/2004-Unidades	MAT~12/2005-Unidades
Mercado sem MIPs		770,159,768	798,989,500	780,716,430	867,032,757	894,282,304
Participação % no Total		61.51%	62.54%	64.02%	65.49%	66.85%
MIPs		**481,887,561**	**478,513,882**	**438,775,570**	**456,904,447**	**443,438,655**
Participação % no Total		**38.49%**	**37.46%**	**35.98%**	**34.51%**	**33.15%**
Total do Mercado		1,252,047,329	1,277,503,382	1,219,492,000	1,323,937,204	1,337,720,959

Fonte: ABIMIP. 2006

tem oscilado nos últimos anos, tendo apresentado discreta diminuição de 2001 até 2003, um pequeno crescimento de 2003 para 2004 e novo decréscimo de 2004 para 2005, apesar do mercado total ter mostrado uma tendência contínua de crescimento. Estas variações ocorrem principalmente por decorrência de variações no poder aquisitivo da população, já que os MIPs tem uma elasticidade de preços mais acentuada que os outros produtos medicamentosos. Além disto, outros fatores ocorridos nos últimos anos no Brasil podem ter concorrido significativamente para estas quedas; um deles e o mais provável, é a ocorrência de um mercado informal, cujos números obviamente não são captados, tal como comprovado por pesquisa realizada e publicada pela McKinsey e associados em 2005.

Ocorre também uma queda na participação no mercado em reais, acompanhando a queda em unidades. O mercado total em 2005 foi de RS$ 18,7 bilhões, sendo que os MIPs concorreram com RS$ 5 bilhões deste total (em dólares respectivamente US$ 7,7 bilhões e US$ 2 bilhões).

Vale ressaltar que no Brasil existe um sistema de controle de preços e que a maioria dos produtos não têm a liberdade de praticar reajustes livremente; somente algumas categorias de MIPs estão fora deste controle (tabela 3). Estes

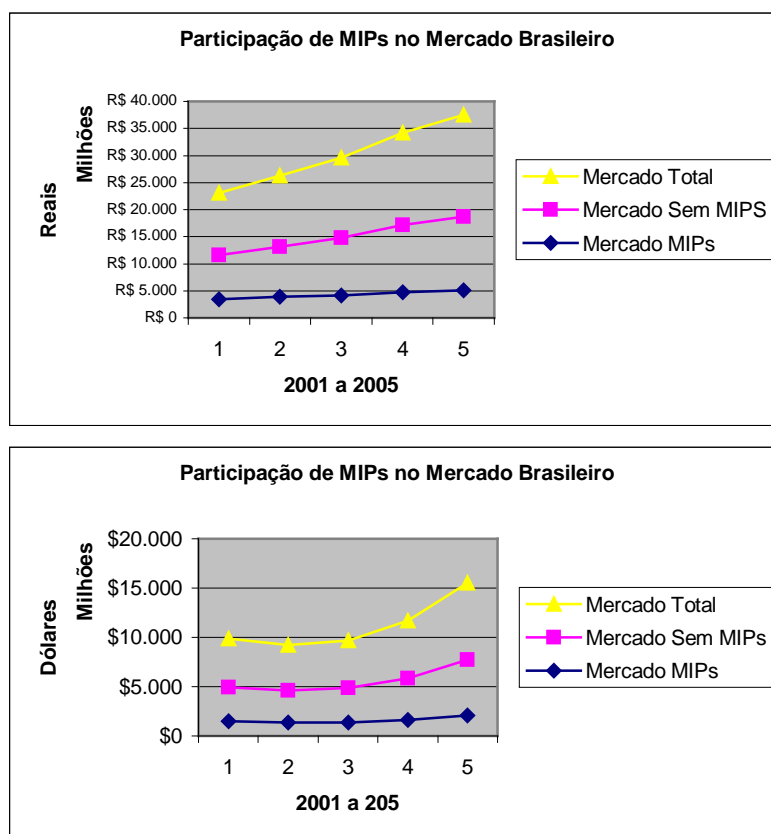
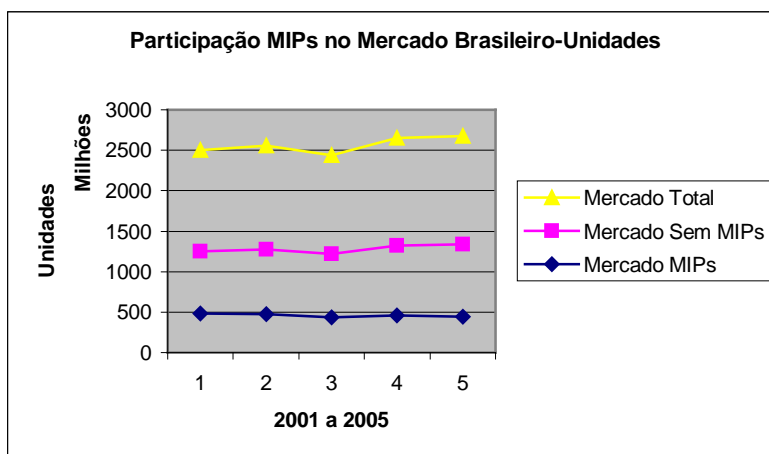
produtos foram liberados devido à baixa concentração de poder de mercado e à alta concorrência, além de não serem considerados essenciais (tal como ocorre nos países com reembolso); no entanto, mesmo com liberdade, não sofrem aumentos acima do mercado pela alta competitividade. Já para os produtos sob prescrição, ainda que os reajustes aprovados pelo governo não sejam sempre suficientes para recompor a lucratividade necessária para o setor, a entrada de novos produtos, com preços mais elevados, juntamente com os reajustes, concorrem para uma tendência de crescimento em moeda (gráfico 1).

Fonte: ABIMIP, 2006.

Tabela 3

Medicamentos com Preço Sem Controle Governamental			
Medicamento	***Laboratório***	Medicamento	Laboratório
A A S	SANOFI-SYNT.	BIOGLOS	BIOFARMA
ASPIRINA	BAYER	TRANSPULMIN	ACHE
CENTRUM S.	WHITEHALL	ADVIL	WHITEHALL
ASPIRINA BUF.	BAYER	FLOGORAL	ACHE
NOVALGINA	AVENTIS	MAGNOPYROL	FARMASA
CENTRUM	WHITEHALL	SUPRADYN	ROCHE
DIPIRONA	SOBRAL	CAFIASPIRINA	BAYER
CONMEL	FARMASA	MERTHIOLATE	DM
STRESSTABS/Z	WHITEHALL	FLUIMUCIL	ZAMBON
ASPIRINA C	BAYER	TERAGRAN	B-MS
SONRIDOR	GLAXO/S/K.	DORIL	DM
CIBALENA A	NOVARTIS	BUFFERIN	B-MS
MELHORAL	DM	DORICO	SANOFI-SYNT.
MELHORAL- VIT C	DM	MUCOLITIC	ALTANA
ASPIRINA EF.	BAYER	EXCEDRIN	B-MS
BRONCOFLUX	FARMASA	NALDECON	B-MS
FLOGORAL	ACHE	LISADOR	FARMASA
TOPLEXIL	AVENTIS	DESCON	FARMASA
MUCOSOLVAN	BOEHRINGER	DORIL	DM
TYLENOL	JANSSEN-CILAG	NALDECON	B-MS
RESPRIN	JOHNSON&J.	CORISTINA	SCHERING PL.
BISOLVON	BOEHRINGER	HIPOGLOS	PROCTER&G
ANADOR	BOEHRINGER	VICK PYRENA	PROCTER&G
LISADOR	FARMASA	BRONCOVIT	VITAMED
SARIDON	ROCHE	PHARMATON	BOEHRINGER
CORISTINA	SCHERING PL.		

Fonte: ABIMIP, 2006

Apesar do mercado de MIPs no Brasil representar aproximadamente um terço do mercado total, o consumo de MIPs *per capita* no Brasil é um dos menores do mundo (tabela 4). Também em unidades, o consumo brasileiro é um dos menores observados. As classes terapêuticas predominantes em nosso mercado são: analgésicos, gastro-intestinais (uma classe ampla contendo antiácidos, laxantes e outros), sintomáticos para gripes e resfriados, vitaminas e sais minerais, dermatológicos e outros (tabela 5).

Tabela 4

Gastos com MIPs			
País	**População**	**MIP 2003**	**US$ (per capita)**
Austrália	19.547	547.507	28
Japão	126.975	5.660.044	45
França	59.766	3.661.910	61
Alemanha	83.252	4.895.330	59
EUA	280.562	8.973.858	32
Venezuela	25.093	279.666	11
Chile	15.589	82.399	05
México	101.847	973.759	10
Brasil	175.084	976.550	06
			Fonte: IMS/Health

Tabela 5

Unidades por Segmento		**Vendas por Segmento**	
• Analgésicos	• – 19,2%	• Analgésicos	• – 21,3%
• Gripes & Resfriados	• – 12,5%	• Gripes & Resfriados	• – 11,0%
• Gastrointestinais	• – 20,2%	• Gastrointestinais	• – 19,1%
• Vitaminas	• – 12,0%	• Vitaminas	• – 14,3%
• Dermatológicos	• – 17,2%	• Dermatológicos	• – 14,7%
• Outros	• – 18,9%	• Outros	• – 16,6%
		2005	**Fonte: IMS/Health**

Tabela 6

Rank: Principais Laboratórios Fabricantes de MIPs			**US$ MM MAT 03/2005**	**Crescimento MAT 03/2005**
2004	**2005**	**Brasil**	**1.641**	**13,3%**
1	1	Sanofi-Aventis	179	10,4
2	2	DM	130	11,9
5	3	Bayer	94	20,2
4	4	Altana	94	12,5
3	5	Ache	87	4,5
6	6	Bristol Myers-Squibb	73	10,6
8	7	GlaxoSmithKline	71	38,1
7	8	Janssen	63	6,4
10	9	Procter & Gamble	58	24,5
9	10	Boehringer Ingelheim	54	11,6
		TOP 10	**903**	**13,6**
				Fonte: PMB - IMS/Health

No Brasil existem vários fabricantes de MIPs , com predominância de empresas multinacionais; entre as 10 primeiras, aparecem somente 2 nacionais, a DM e a Ache (tabela 6). A tabela 6 mostra o ranking das 10 maiores empresas de MIPs do mercado com seus respectivos faturamentos (somente de MIPs), no período de Março 2004 a Março 2005.

Tabela 7

Evolução das Principais Categorias de MIPs	US$ Mil MAT Mar 2005	Crescimento MAT Mar 2005
Total MIPs	**1.641**	**13,3%**
Analgésicos	178	17,3
Antigripais	94	20,1
Vitaminas	67	14,2
Antiácidos	64	12,4
Laxantes	58	12,1
Expectorantes	56	9,1
Relaxantes Musculares	55	13,8
Vitamina C	47	(0,8)

Rank: Principais Produtos MIPs				MAT Mar 2005	
2004	**2005**	**Produto**	**Mercado**	**US$ MM**	**Cresc. %**
1	1	Dorflex AVS	Relaxante Musc.	50,1	12,5
2	2	Tylenol JC	Analgésico	45,9	7,6
3	3	Neosaldina AAA	Analgésico	32,5	17,9
4	4	Novalgina AVS	Analgésico	25,5	3,7
5	5	Luftal BMS	Antiacido/Antiflat	22,8	8,2
7	6	Hipoglos NF PRG	Assaduras	21,8	28,0
9	7	Aspirina BAY	Analgésico	20,2	35,8
8	8	Anador B.I.	Analgésico	18,4	13,8
6	9	Redoxon ROC	Vitamina	16,6	(12,5)
10	10	Benegrip DNF	Analgésicos	16,2	8,8

Fonte: PMB - IMS/Health

Na tabela 7 podemos observar a evolução das principais categorias de MIPs e dos principais produtos, no período de Março 2004 a Março 2005. Nas classes predominantes, houve um crescimento médio acima do mercado, o que também ocorreu com os principais produtos. A categoria que mais cresceu foi a de antigripais, seguida pela de analgésicos e vitaminas. Entre os produtos,os que apresentaram maior crescimento foram a Aspirina,o Hipoglós e a Neosaldina.

Na tabela 8 podemos observar a quase totalidade das categorias de produtos MIPs no mercado brasileiro (aqui desagrupadas), com as respectivas evoluções desde o ano de 2001 até 2005.

Tabela 8

Classe Terapêutica	2001-(R$)	2002-(R$)	% S/2001	2003-(R$)	% S/2002	2004-(R$)	% S/2003	2005-(R$)	% S/2004
ANALG NAO NARCOT/A/PIRET	510,495,691	545,021,655	6.76%	568,766,255	4.36%	698,018,641	22.73%	719,129,268	3.02%
ANTIAC/ANTIFLAT/CARMINAT.	166,693,803	189,067,905	13.42%	203,029,301	7.38%	230,002,309	13.29%	233,311,445	1.44%
MULTIVITAMIN. C/MINERAIS	163,635,741	184,536,098	12.77%	208,723,607	13.11%	247,947,021	18.79%	268,051,658	8.11%
A/GRIPAIS EXC A/INFEC	161,890,123	182,182,943	12.53%	214,651,965	17.82%	272,198,184	26.81%	288,146,425	5.86%
LAXANTES	141,388,398	169,289,444	19.73%	191,031,186	12.84%	214,750,693	12.42%	232,308,390	8.18%

EXPECTORANTES	124,661,075	126,945,805	1.83%	135,150,464	6.46%	161,897,610	19.79%	143,783,795	-11.19%
VIT C INC ASS C/MINER	113,079,828	124,836,146	10.40%	134,208,622	7.51%	159,163,073	18.59%	145,982,762	-8.28%
EMOL/PROTETORES DERM	95,916,435	109,560,133	14.22%	126,357,846	15.33%	151,186,820	19.65%	191,877,516	26.91%
REL.MUSC.ACAO CENTRAL	91,351,968	107,666,032	17.86%	127,190,443	18.13%	143,459,032	12.79%	157,980,433	10.12%
DESCONG/A/SEPT FARING	90,926,109	105,682,955	16.23%	107,536,133	1.75%	130,847,156	21.68%	131,554,644	0.54%
ANTIFUNG. TOPICOS	86,452,997	101,787,020	17.74%	102,390,460	0.59%	112,390,021	9.77%	107,222,951	-4.60%
TONICOS	83,928,387	97,235,422	15.86%	102,422,332	5.33%	103,883,658	1.43%	105,508,021	1.56%
CICATRIZANTES	75,476,077	74,462,888	-1.34%	80,574,198	8.21%	102,659,187	27.41%	126,079,813	22.81%
SUP MINER/CALCIO	69,130,466	80,898,398	17.02%	80,263,592	-0.78%	85,885,305	7.00%	90,747,911	5.66%
HEMATINICOS/FERRO	68,894,413	72,828,383	5.71%	79,852,067	9.64%	84,990,814	6.44%	87,791,843	3.30%
ANTIBIOT TOP PURO	65,149,946	66,623,122	2.26%	65,088,060	-2.30%	66,366,787	1.96%	65,904,931	-0.70%
A/REUMAT RUBEFAC TOP	64,055,910	74,276,844	15.96%	76,124,411	2.49%	85,298,773	12.05%	93,791,766	9.96%
VASOPROTETORES SIST	58,205,035	62,531,661	7.43%	62,785,171	0.41%	66,869,209	6.50%	68,432,607	2.34%
PREP.P/USO LENT.CONTACTO	51,861,453	57,763,019	11.38%	61,773,000	6.94%	75,834,515	22.76%	84,249,099	11.10%
A/HELMINTICOS EXC P 1C	51,264,328	55,750,585	8.75%	58,307,553	4.59%	59,309,656	1.72%	64,151,223	8.16%
ESTOMATOLOGICOS	50,551,125	60,547,866	19.78%	75,173,284	24.16%	109,682,546	45.91%	131,054,356	19.49%
ECTOPAR. INC.ESCABICIDAS	46,669,864	52,753,944	13.04%	51,275,312	-2.80%	52,360,450	2.12%	55,947,716	6.85%
OUT.PREP.DERMATOLOGICOS	46,583,451	53,511,180	14.87%	57,838,274	8.09%	68,158,868	17.84%	83,605,116	22.66%
ANTIACNEICOS TOPICOS	45,667,811	50,656,320	10.92%	54,350,532	7.29%	55,329,023	1.80%	62,074,234	12.19%
OUT PROD NAO TERAP	45,208,377	47,890,791	5.93%	53,558,550	11.83%	66,136,184	23.48%	77,263,159	16.82%
COMPLEXO VIT B	44,895,444	47,573,409	5.96%	45,585,517	-4.18%	46,940,118	2.97%	47,114,660	0.37%
HEPATOPROTETORES	41,443,180	45,469,223	9.71%	49,605,544	9.10%	55,880,567	12.65%	60,809,675	8.82%
ANTIDIARREICOS	36,647,082	38,445,859	4.91%	46,400,023	20.69%	49,295,244	6.24%	57,344,681	16.33%
UNG PERCUT/OUT INAL	35,078,438	36,551,849	4.20%	35,057,690	-4.09%	38,025,401	8.47%	32,816,842	-13.70%
ANTISSEPT.E DESINFETAN.	31,786,396	53,332,749	67.78%	56,314,522	5.59%	71,343,971	26.69%	89,583,339	25.57%
COLAGOGOS	30,418,694	33,828,075	11.21%	36,056,858	6.59%	41,220,865	14.32%	46,572,171	12.98%
FORMULACOES PED	29,594,744	50,110,615	69.32%	44,774,861	-10.65%	42,723,600	-4.58%	43,495,172	1.81%
OREXIGENOS	29,246,752	32,837,294	12.28%	34,740,614	5.80%	39,690,098	14.25%	41,426,437	4.37%
DIGESTIVOS/ENZIMAS	25,725,029	27,076,901	5.26%	25,841,133	-4.56%	26,748,740	3.51%	24,488,620	-8.45%
ANTIHEMORR. TOPIC.	23,687,159	29,778,053	25.71%	30,773,570	3.34%	32,076,577	4.23%	36,015,030	12.28%
LUBRIF.OCUL.LAGRIM.ARTIF.	22,660,604	30,735,070	35.63%	35,664,197	16.04%	42,393,199	18.87%	52,354,634	23.50%
ANTI-VARICOSOS TOP	21,929,152	25,009,055	14.04%	26,552,808	6.17%	29,391,658	10.69%	33,392,144	13.61%
SUBST..ELECTROLITICOS	20,326,583	21,102,861	3.82%	22,585,948	7.03%	20,467,338	-9.38%	21,587,541	5.47%
MULTIVITAMIN. S/MINERAIS	20,301,510	21,086,948	3.87%	20,704,579	-1.81%	21,044,236	1.64%	19,959,520	-5.15%
OUTRAS VITAMINAS	20,287,922	26,290,950	29.59%	27,826,973	5.84%	28,958,751	4.07%	27,774,552	-4.09%
A/ESPASMOD/ASS.OUT.PROD	18,869,640	19,936,562	5.65%	19,256,963	-3.41%	18,802,469	-2.36%	11,000,218	-41.50%
ANTI-PRUR/ANTI-HIST	17,267,569	18,174,102	5.25%	18,121,423	-0.29%	18,877,952	4.17%	23,005,399	21.86%
VIT.A/D PURAS E ASSOCIA.	14,180,062	15,233,873	7.43%	15,405,116	1.12%	16,053,546	4.21%	16,821,755	4.79%
SUPL PROTEINICOS	13,318,578	11,928,359	-10.44%	12,102,500	1.46%	12,356,508	2.10%	11,142,117	-9.83%

Fonte: IMS Heath, 2006;

Bibliografia

www.oms.org.br

www.abimip.org.br

www.anvisa.saude.org.br

II – Financiamento do SUS e organizações sociais de saúde.

6 - As Organizações Sociais de Saúde: a Experiência de Parceria Pública/Privada do Estado de São Paulo

Luiz Roberto Barradas Barata.
Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, médico sanitarista, especialista em saúde pública e administração de serviços de saúde.

José Dínio Vaz Mendes.
Assessor técnico da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, médico sanitarista, especialista em saúde pública.

Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde – SUS pela Constituição Federal de 1988, trouxe nos últimos 18 anos, ganhos inegáveis para a saúde da população e certamente representa a política social de maior sucesso já desenvolvida no Brasil. Porém, o desenvolvimento do SUS também traz enormes desafios ao país, entre os quais se destaca a necessária ampliação do financiamento das ações e serviços do sistema, para garantir a continuidade desta política de inclusão social. Este desafio é ainda maior em função do contexto econômico que tem acompanhado a implantação do SUS desde seu início: as limitações nas despesas e na capacidade de investimentos do setor saúde em todas as esferas de governo, resultado da crise econômico-financeira e das exigências de ajustes macroeconômicos enfrentados pelo Brasil.

Surgem dificuldades para custeio da rede de serviços de saúde, especialmente da área hospitalar do sistema, de média e alta complexidade, que necessitam de expansão para garantir o acesso eqüitativo da população entre as diferentes

regiões do país. Torna-se portanto de grande interesse para todos que procuram novos caminhos e soluções para o SUS, conhecer e apresentar experiências exitosas no gerenciamento de serviços de saúde, em especial na área hospitalar do sistema.

No presente artigo apresenta-se resultados da parceria público-privada realizada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, as Organizações Sociais de Saúde – OSS, que permitiram um novo modelo de gestão para os serviços de saúde que realizam atendimento no SUS, atualmente com oito anos de experiência.

> O aperfeiçoamento da gestão de saúde no SUS, principalmente quando envolve propostas de parcerias público-privadas, costuma ser colocado em termos da velha discussão de privatização *versus* estatização da saúde, com defensores apaixonados de um e de outro lado da questão.
>
> Relativamente à experiência estadual com as OSS, em São Paulo, observa-se desde já, tal modalidade de gestão dos serviços de saúde não se apresenta como panacéia, isto é, a única resposta possível e suficiente para a resolução dos inúmeros desafios enfrentados pelo SUS e nem tampouco, como modelo monolítico a ser seguido em todas as regiões do país. Trata-se de proposta de gestão com resultados promissores na prestação de serviços assistenciais de saúde, com qualidade reconhecida pela população do Estado de São Paulo, mas que para tanto, exigiu um conjunto de circunstâncias conforme veremos no seguimento do presente trabalho.

Também não se deve encarar as OSS como a solução para a questão do sub-financiamento do SUS, dentro da linha de pensamento que transforma as limitações financeiras do sistema apenas em problemas gerenciais, isto é,

superáveis com maior eficiência nos uso dos recursos públicos, a ser alcançada por um modelo privado de administração. Não é o caso, pois o SUS precisa efetivamente de novos recursos, se deseja obter a eqüidade da população no acesso às ações de saúde.

O desenvolvimento das OSS e seu funcionamento nos últimos oito anos permite reconhecer que, se cabe aos governos garantir os serviços de saúde para todos, não há razão para considerar que estes serviços não possam buscar maior eficiência em sua gestão, mantendo o caráter público com novas modalidades gerenciais, ou insistir que os hospitais devam ser sempre administrados diretamente pelo Estado, conforme o modelo tradicional aplicado desde muitas décadas no Brasil. Em outras palavras, o que é público, não precisa ser obrigatoriamente estatal.

A experiência paulista demonstra que, com os instrumentos adequados de acompanhamento e controle, serviços gerenciados por terceiros cumprem plenamente e com eficiência, o papel público esperado no SUS.

Os princípios do SUS

A Constituição Federal em 1988 fixou princípios que orientaram a conformação do SUS. Entre estes princípios temos aqueles que podem ser denominados de éticos, que se referem aos objetivos finalísticos do sistema.

- A universalidade do direito à saúde, independentemente da capacidade contributiva ou de qualquer forma de pagamento.

- A integralidade da assistência à saúde, com ações que envolvem todos os níveis de complexidade e necessidades, desde a promoção e prevenção em saúde (por exemplo a vacinação ou controle de vetores de doenças), até os

tratamentos mais complexos (como os transplantes, cirurgias cardíacas e terapias oncológicas).

- A equidade, que consiste em dar prioridade àqueles com piores condições sociais e de saúde, isto é, "dar mais a quem mais precisa", reduzindo as desigualdades existentes.

O SUS também obedece a um conjunto de princípios organizacionais, que se referem aos processos que efetivarão e realizarão os objetivos últimos do SUS:

A descentralização de ações e serviços de saúde, com ênfase na municipalização, refletindo a noção de que o nível local é o melhor âmbito para tratar diretamente a questão da saúde, identificar as peculiaridades e diversidades locais e criar ou adaptar as estratégias para a superação dos problemas de saúde encontrados;

A regionalização e a hierarquia da rede de serviços assistenciais, reconhecendo a necessidade de conjugação de esforços das esferas de governo na solução dos complexos problemas de saúde, racionalizando o uso dos serviços e equipamentos de saúde e otimizando os recursos.

A participação da comunidade, na formulação e acompanhamento das políticas do SUS nas diferentes esferas de governo.

A grande ampliação na cobertura do sistema foi um ganho incontestável dos últimos 17 anos. Apesar dos percalços naturais da implantação do SUS, em um cenário de financiamento insuficiente, várias pesquisas indicam os avanços obtidos desde 1988. Como exemplo citamos a Pesquisa Mundial de Saúde – 2003 realizada pelo Organização Mundial de Saúde – OMS em 71 países e que no Brasil foi coordenada por pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz -

FIOCRUZ. Esta pesquisa constatou que no Brasil, 97,3% das pessoas afirmaram ter recebido assistência à saúde (pública ou privada) quando precisaram e dessas, 86,9% obtiveram todos os medicamentos prescritos, demonstrando cabalmente a universalidade atingida pelo SUS. Daqueles pacientes que necessitaram de internação, 71,0% foram atendidos pelo SUS. Quanto ao tempo de espera da internação, 90,9% dos usuários do SUS obtiveram o atendimento no mesmo dia em que necessitaram (FIOCRUZ, 2004).

Podemos assim afirmar, que o SUS tornou-se um dos sistemas de saúde públicos de maior cobertura do mundo e implicou na organização de uma ampla rede de serviços e ações de saúde.

A participação do terceiro setor na prestação de serviços de saúde do SUS

Para a realização desta grande expansão da assistência à saúde, o SUS sempre contou com a participação do terceiro setor na prestação de serviços de saúde. Na verdade, a história da prestação de assistência à saúde pelas entidades filantrópicas no Brasil é muito anterior ao SUS, remontando à criação das Santas Casas de Misericórdia e dos hospitais beneficentes.

As entidades filantrópicas foram reconhecidas pela Constituição Brasileira como parceiras fundamentais do Estado na assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, conforme seu artigo 199.

"*Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.*

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de

direito público ou convênio, ***tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.”***

No Brasil, segundo as informações do Sistema de Internação Hospitalar – SIH/SUS do Ministério da Saúde, os hospitais filantrópicos foram responsáveis por 40% do total de internações do SUS em 2005. Estas internações representaram cerca de 43% do valor total pago pelo sistema para as internações (*DATASUS, 2006*). No Estado de São Paulo os hospitais filantrópicos realizaram cerca de 56% das internações do SUS em 2004, totalizando 57% do total pago pelas internações no Estado. *(DATASUS, 2006)*.

Todos estes dados estão resumidos no Quadro 1.

Quadro 1: Produção hospitalar do setor filantrópico no SUS

Brasil e Estado de São Paulo – 2005

Região	Internações Filantrópicas *no SUS* ***(em milhões)***	% das internações filantrópicas no SUS	Recursos Pagos pelas Internações Filantrópicas no SUS ***(em milhões R$)***	% dos recursos pagos com internações filantr. no SUS
Brasil	4,54	40	3.017,1	43
Estado de São Paulo	1,27	56	990,1	57

Fonte: SIH/SUS/DATASUS/MS.

Podemos assim dizer que, atualmente, o SUS não pode prescindir dos prestadores filantrópicos para garantir o atendimento das necessidades de saúde da população.

Os Serviços Públicos em Saúde

Consideramos que a definição do caráter público de um serviço de saúde deve levar em conta a relação da entidade com a sociedade civil (isto é, a lógica e os

objetivos que orientam seus serviços) e não o estatuto jurídico ou o caráter de propriedade das mesmas (estatal *versus* privado). Neste contexto, podemos dividir os serviços de saúde em públicos *versus* particulares (Campos, 2005).

Entidades particulares são aquelas nas quais predominam os interesses de indivíduos (visando ao lucro e à ampliação de seu patrimônio particular), regendo-se pelas regras de mercado, vendendo seus serviços, conforme a lucratividade gerada pelos mesmos. Estas entidades também podem vender seus serviços ao SUS, mas não são orientadas necessariamente pelas necessidades públicas

Uma entidade de saúde é pública (governamental ou não governamental), quando o interesse coletivo de saúde predomina em suas ações, que visam principalmente ao bem estar da coletividade, sem objetivar o interesse ou lucro individual de seus proprietários/gerentes. Portanto, sem se reger estritamente pelas regras de livre mercado, recebendo financiamento público e estando sob controle e regulação das autoridades competentes do SUS, que podem determinar as características dos serviços a serem prestados pela entidade. Esta é a situação dos hospitais filantrópicos e de outras entidades sem fins lucrativos, que prestam serviços de saúde para o SUS. Esta condição foi reconhecida pela Constituição Federal que prevê expressamente a preferência que deve ser dada às instituições filantrópicas em relação às demais instituições privadas. Cabe aos gestores do SUS reconhecer os hospitais públicos não governamentais como seus parceiros preferenciais conforme o disposto na Constituição e garantir a este parceiro o tratamento condizente com sua situação peculiar.

No sistema de saúde brasileiro, tal como em outras atividades sociais relevantes (como a assistência social, a proteção ambiental, entre outras), a utilização de organizações não governamentais para a prestação de serviços, é perfeitamente legítima desde que sejam garantidos os princípios do SUS, o controle por parte dos gestores do sistema e o atendimento dos interesses e necessidades da população de forma, universal, equânime e integral. Além disso, conforme o amadurecimento das relações entre as entidades e os gestores do sistema, a utilização das organizações não governamentais na prestação de serviços de saúde, pode colaborar efetivamente na melhoria da eficiência do sistema, na ampliação de sua cobertura e na consecução de seus objetivos, uma vez que essas entidades podem aliar agilidade da gestão privada aos interesses públicos, aumentando muito a eficiência dos serviços prestados.

Portanto é essencial que sejam criados no Brasil, novos mecanismos de parceria e formas de relacionamento, que permitam ao poder público estabelecer convênios e acordos com as entidades filantrópicas objetivando a manutenção de sua participação no SUS e a ampliação da oferta de serviços de saúde à população.

As Organizações Sociais de Saúde – OSS do Estado de São Paulo

O Estado de São Paulo possui uma experiência de 8 anos de sucesso com as Organizações Sociais de Saúde – OSS. O modelo de gestão de hospitais públicos participantes do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio de Organizações Sociais de Saúde – OSS, foi iniciado no Estado de São Paulo à partir de 1998, introduzindo novos conceitos de relacionamento com o setor

filantrópico, que se mostraram eficientes e permitiram excelente nível de qualidade na prestação de atendimentos à população.

A oportunidade desta experiência inovadora decorreu da decisão governamental de retomar e terminar 15 obras inacabadas de hospitais, iniciadas em gestões anteriores e localizadas em comunidades carentes, melhorando o acesso da população à atenção hospitalar, principalmente na região metropolitana de São Paulo. Buscava-se maior agilidade e autonomia administrativa, que não são disponíveis nas instituições sob administração direta do Estado, mantendo-se o controle do Estado.

Os recursos humanos representaram outra importante questão, pois a nova proposta permitiria a contratação de gerentes eficientes com remuneração adequada, bem como dos demais funcionários, com possibilidade de mecanismos de gerenciamento de pessoal inexistentes na administração pública. Por outro lado, sem essa proposta, não seria possível a contratação de funcionários para as unidades, uma vez que a Lei de Responsabilidade Fiscal e, anteriormente, a Lei Camata, limitavam os gastos dos governos com a folha de pagamento de funcionários.

Para efetivar a proposta, o Governo enviou um projeto e foi aprovada pela Assembléia Legislativa Estadual, a Lei Complementar 846/98, que autoriza o Poder Executivo a qualificar, como Organizações Sociais da Saúde - OSS, entidades sem fins lucrativos, com experiência comprovada no gerenciamento do setor saúde. A Lei determina a elaboração de um contrato de gestão, entendido como um instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como OSS, estabelecendo as bases da parceria e destinado a regular a execução das atividades que serão desenvolvidas pelo hospital. Para

garantir o caráter público dos hospitais gerenciados pelas OSS, a Lei determinou a obrigatoriedade de atendimento exclusivo ao SUS.

A transparência na gestão dos serviços prestados pelas OSS foi assegurada pela criação obrigatória de uma comissão de avaliação, responsável por analisar os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão, composta de representantes do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão de Saúde e Higiene da Assembléia Legislativa e de profissionais de notória especialização indicados pela Secretaria de Estado da Saúde. O balanço e as demais prestações de contas das OSS são publicados obrigatoriamente no Diário Oficial do Estado e analisados pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

Para seu financiamento foi abandonada a lógica de pagamento pelas "tabelas SUS". Foi definido para cada hospital, de acordo com suas características de atendimento, um orçamento de custeio pré-fixado, com uma parte fixa e uma parte variável, baseadas em um sistema de custos referente à produção de procedimentos das principais áreas de atuação do hospital e em indicadores de organização do serviço, qualidade e eficiência (como a taxa de infecção hospitalar, farmacovigilância, comissão de óbitos, levantamento de satisfação dos usuários, qualidade de informação). Atualmente 19 hospitais e 3 ambulatórios são administrados por esta modalidade de gerenciamento.

Os novos hospitais tem características de hospitais gerais, com tamanho médio de 250 leitos, abrangendo clínica médica, pediatria, ginecologia/obstetrícia e cirurgia. Todos contam com atendimento de urgência/emergência, UTI de adultos e pediátrica. Em vários serviços são oferecidos atendimentos especializados conforme a necessidade das regiões

nas quais se localizam, como cirurgia cardíaca, neurocirurgia, hemodiálise, transplantes. Os hospitais estão integrados aos demais serviços da rede de saúde pública (como unidades básicas municipais, ambulatórios e outros), sendo referência para sua região. Todos vieram suprir a lacuna de atenção secundária e em alguns casos terciária, destas regiões, principalmente da região metropolitana da Capital, caracterizadas por população de baixo poder aquisitivo, com problemas sócio-econômicos e de saúde significativos e dependentes dos atendimentos do SUS.

Os novos hospitais possuem no total cerca de 4.300 leitos e 17 destes hospitais (plenamente ativados em 2005) tiveram produção anual de cerca de 207 mil internações, 1,6 milhão de consultas ambulatoriais (com 20,8 mil cirurgias ambulatoriais) e 1,7 milhão de consultas de urgência.

Resultados obtidos pelo novo modelo de gerenciamento dos hospitais pelas OSS

Diversos estudos e levantamentos independentes, têm constatado a qualidade e a eficiência do modelo de gerenciamento dos hospitais pelas OSS.

Comparação com outros hospitais de São Paulo

O processo de avaliação dos hospitais das OSS, inclui comparações com os Indicadores publicados pelo Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde – PROAHSA/Fundação Getúlio Vargas - FGV, que envolvem uma amostra de 140 a 150 hospitais de pequeno, médio e grande porte, públicos e privados do Estado de São Paulo. Em estudo realizado pela equipe da Secretaria de Estado da Saúde, ao compararmos esses indicadores tendo como base os dados disponíveis em 12 hospitais

gerenciados pelas OSS (1º semestre de 2003) e do PROAHSA do 4º trimestre de 2002, temos a situação ilustrada no Quadro 2 (PROAHSA, 2002).

Quadro 2 – Comparação entre 12 hospitais gerenciados pelas OSS e a amostra de hospitais do Boletim do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde – PROAHSA/Fundação Getúlio Vargas – FGV

Indicador	**OSS**	**PROAHSA/FGV**
	1º Semestre 2003	4º trimestre 2002
Relação enfermeiro/leito	0,27	0,24
Relação funcionários/leito	4,46	4,34
Taxa de Ocupação	88,3 %	63,5 %
Tempo Médio de Permanência	4,3	3,47
Taxa de Cesáreas	25,4%	78,2%

Fonte: Relatórios das OSS / CCS/ SES. PROAHASA/FGV – Boletim de Indicadores n.º 29, 2002.

Estes dados demonstram a qualidade e os bons resultados quanto aos recursos humanos empregados e os indicadores de ocupação dos serviços. Destaca-se a taxa de cesáreas nas OSS, bastante inferior à média da amostra dos hospitais do PROAHASA.

Comparação entre Hospitais da Administração Direta e os Hospitais das OSS

Também são realizados periodicamente, estudos comparativos dos gastos e produtividade entre os hospitais públicos da administração direta e aqueles gerenciados pelas OSS. Embora existam dificuldades para se estabelecer estas comparações, uma vez que o registro de dados de produção e de gastos não possui a mesma qualidade nos diferentes serviços, todos os levantamentos realizados apontaram maior eficiência nos hospitais das OSS, com menores gastos médios por internações e outros procedimentos

realizados nestes hospitais, em relação aos hospitais de mesmo porte, da administração direta.

No último levantamento realizado pela equipe técnica da Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde – CSS da Secretaria de Estado da Saúde, que comparou em 2005, 13 hospitais gerenciados por OSS (totalizando 2.998 leitos), com 13 hospitais da administração direta (totalizando 2.925 leitos), de porte e com características de atendimento semelhante, obtivemos os resultados apontados no Quadro 3.

Quadro 3: Comparação entre 13 hospitais gerenciados pelas OSS e 13 hospitais da Administração Direta da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em relação à produção de 2005

Indicador	**Hosp. Adm. Direta**	**Hosp. OSS**	**% OSS/Adm.Dir.**
Orçamento (R$ milhões)	612,45	662,18	8,1 % maior
Taxa de Ocupação Média (%)	75,8	79	4,2 % maior
N.º Saídas (mil)	116	166	42,8 % maior
N.º de Saídas/leito	39,7	58,1	46,1 % maior
Gasto Médio/Saída (R$)	3.554	2691	24,3 % menor

Fonte: CSS/SES.

Pode-se notar neste quadro que, com um orçamento 8 % maior, os hospitais gerenciados pelas OSS obtiveram um gasto médio por saída do leito, 24 % menor.

Estudo realizado por pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz em parceria com o Banco Mundial e o Ministério da Saúde, em um programa de pesquisas que visa fortalecer e aperfeiçoar o desempenho hospitalar no Brasil, também comprovaram a eficiência das OSS. Esse estudo baseado em dados para 2003, comparou 12 hospitais das OSS e 10 hospitais da administração direta,

com perfis semelhantes, demonstrando a maior eficiência técnica (capacidade de produzir o máximo de resultados com dada quantidade de insumos) dos hospitais das OSS (Costa NR e Ribeiro JM, FIOCRUZ (2005).

O estudo destacou que com o mesmo nível de recursos em 2003, os hospitais das OSS) produziram 35% mais altas em geral, em relação aos leitos que ofertaram; 61% mais altas cirúrgicas em relação aos leitos que ofertaram; 62% mais altas de clínica médica em relação aos leitos que ofertaram; 65% mais altas de clínica obstétrica em relação aos leitos que ofertaram. Seus autores afirmam ainda que,

"*As OSS têm indicadores de mortalidade geral levemente melhores do que as unidades em regime de administração direta. Isso significa que sob as mesmas condições de oferta de leitos e disponibilidade de recursos financeiros, as OSS em 2003 produziram mais altas e menos óbitos ocorreram nos hospitais gerenciados pelo modelo organizacional."*

Apresentamos ainda alguns dados retirados do estudo no Quadro 4:

Quadro 4: Levantamento em 12 hospitais das OSS x 10 hospitais da Adm. Direta da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (dados de produção de 2003)

Indicador	**Adm.Direta**	**OSS**	**Observação**
Relação alta/leito total	40	60	35 %de eficiência
Índice de Giro Geral	3,3	5,2	
Horas Médicas Contratadas Mensais (40 horas equivalentes)	203,15	143,8	71 % de eficiência

Fonte: Costa NR e Ribeiro JM, FIOCRUZ (2005).

> No caso da quantidade horas médicas contratadas, os autores destacam que há evidências de diferenças significativas na contratação de pessoal. Os hospitais no regime de OSS utilizam um número significativamente menor de horas médicas quando comparados ao grupo controle da administração direta. Operam com uma oferta de horas equivalentes a 70% do que exige de trabalho médico as organizações da administração direta. Em função dos dados comparativos de eficiência e qualidade das OSS, os técnicos do Banco Mundial e os pesquisadores envolvidos têm apontado o modelo de gerenciamento desenvolvido em São Paulo, como importante instrumento para auxiliar o aperfeiçoamento da assistência hospitalar no Brasil.

Satisfação dos usuários e acreditação hospitalar.

Esta eficiência maior foi obtida com qualidade de atendimento reconhecida pelos usuários dos hospitais. Conforme previsto no contrato de gestão, são realizadas mensalmente pesquisas de satisfação dos usuários, com no mínimo, 10% dos pacientes internados e/ou seus acompanhantes e com 10% dos pacientes que são atendidos em 1ª consultas nos ambulatórios. Foram 33 mil internados e 53 mil pacientes ambulatoriais entrevistados em 2005 e os resultados obtidos apontam que o nível de satisfação dos usuários varia de 80 a 90% de aprovação. Por outro lado, seis hospitais gerenciados pelas OSS foram certificados pela Organização Nacional de Acreditação – ONA (reconhecimento obtido apenas por 50 dos cerca de 6 mil hospitais do Brasil): os hospitais de Itapevi, Bauru e Itapecerica da Serra receberam o 1º nível de acreditação (entre 22 hospitais no país) e os hospitais de Pedreira, Diadema, Pirajussara e Sumaré receberam a Acreditação Plena (2º nível), entre 23 hospitais no Brasil.

Conclusões

A experiência realizada no Estado de São Paulo, de parceria público-privada na administração de hospitais pelas OSS, teve bons resultados para a população usuária do SUS, com atendimentos de qualidade e economia de recursos financeiros, quando comparado com o modelo tradicional de gestão pública. Outros estados brasileiros tem estudado este modelo ou já possuem hospitais gerenciados por OSS: Bahia, Minas Gerais, Pará (inicia 1º hospital em fev/06), Espírito Santo (refazendo lei) e Mato Grosso (estudando a legislação).

A aplicação do modelo com bons resultados depende de alguns pré-requisitos como a adequada escolha do parceiro privado com experiência gerencial e espírito público. Do compromisso e integração dos serviços com o sistema público de saúde (SUS), garantindo-se o acompanhamento e controle social. Do modelo de contrato de gestão adotado, que deve possuir metas claras e de fácil quantificação. Da existência de equipe profissional no setor público com capacidade de acompanhamento e avaliação dos serviços.

É preciso superar a visão de que um serviço de saúde somente é público, se for administrado diretamente pelo Estado, incorporando mais objetivamente o conceito de Estado formulador, controlador e avaliador dos serviços prestados, em substituição do modelo de Estado proprietário, empregador e prestador exclusivo.

Em todo o mundo, a tendência do poder público na prestação de serviços hospitalares de saúde é de controlar e avaliar resultados e não de gerenciar e executar diretamente o processo produtivo (Freeman e Moran, 2002). Como exemplo de outros países que adotaram estratégias semelhantes com sucesso,

poderíamos citar o Canadá, país com sistema público e universal de saúde, com qualidade reconhecida e alto grau de aprovação de sua população. Tal como o SUS, o sistema canadense é financiado mediante tributação geral (impostos), porém os serviços de saúde são prestados e administrados por entidades sem fins lucrativos, de acordo com as premissas do setor público, que mantém controle sobre todo o sistema (OPAS, 2000; Quinhões, 1997).

Os novos modelos de gerenciamento no Brasil deve obrigatoriamente respeitar os princípios do SUS: acesso universal, integralidade da assistência e eqüidade na oferta de serviços. As diversas experiências e modelos gerenciais inovadores, desde que atendam estes princípios, devem ser respeitadas, pois poderão ser aplicadas, aperfeiçoadas ou modificadas, sempre com o objetivo de melhorar e tornar mais eficiente a prestação dos serviços à população. Essa é, aliás, uma das principais vantagens da característica descentralizada do sistema no Brasil: possibilitar o surgimento de novas experiências e idéias com o intuito de aprimorar o SUS, conforme as diferentes realidades locais, beneficiando a população e colaborando para melhorar os perfis de saúde do país.

Bibliografia

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. O Brasil em números – Pesquisa Mundial de Saúde - 2003. RADIS – Comunicação em Saúde, n.º 23, RJ; 2004. p. 14 – 33.

DATASUS - Departamento de Informação e Informática do SUS/Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Assistência à Saúde. Dados pesquisados em fevereiro de 2006 na Internet no site <<http://www.datasus.gov.br/>>.

Campos GWS. O Público, o Estatal, o Privado e o Particular nas Políticas Públicas de Saúde. In Heimann LS, Ibanhes LC, Barbosa R. O Público e o Privado na Saúde. São Paulo/SP. Editora HUCITEC, OPAS: IDRC, 2005. p. 89 - 100.

PROAHSA - Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. Boletim de Indicadores. Ano VI - 4º trimestre de 2002, n.º 29.

Costa NR, Ribeiro JM. ESTUDO COMPARATIVO DO DESEMPENHO DE HOSPITAIS EM REGIME DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL. Programa de Pesquisas Hospitalares "Em Busca de Excelência: Fortalecendo o Desempenho Hospitalar em Brasil". Ministério de Saúde, Banco Mundial, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2005.

Freeman R, Moran M. A Saúde na Europa. In Negri B, Viana ALA (Org) O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio, 1ª ed., São Paulo: SOBRAVIME/CEALAG; 2002. pg 45 – 64.

OPAS – Organización Panamericana de la Salud. Canada – Perfil del Sistema de Servicios de Salud. Impresso do Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud da División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.Março de 2000.

Quinhões TAT. Novos padrões gerenciais no setor público no sistema de saúde canadense. In Cadernos ENAP - Reforma do Estado no setor de saúde: os

casos da Catalunha, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos. Escola Nacional de Administração Pública, 1997. pg 47 – 71.

7 - Organizações Sociais de Saúde, a experiência do Hospital Geral de Pedreira

Abrão Elias Abdala – médico, doutor em ginecologia, MBA em Economia e Gestão da Saúde pela PUC/SP, diretor do Hospital Geral de Pedreira.

A Constituição Federal de 1988 determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda a população. Para tanto, criou o Sistema Único de Saúde (SUS). Sob os princípios da equidade, integralidade e universalidade dá direito a todos os cidadãos brasileiros de terem atendidas as suas necessidades no cuidado da saúde. Estes podem e devem buscar atendimento médico nos diversos hospitais, postos de saúde e ambulatórios médicos públicos. Porém, com recursos financeiros escassos e uma legislação retrógrada no que respeita ao funcionalismo público, as dificuldades de se obter acompanhamento adequado da saúde são crescentes e vistas de forma clara na existência de filas de espera quando se precisa do socorro médico.

Uma alternativa a esse problema surgiu em 1998, com a criação por parte do governo do Estado de São Paulo, das Organizações Sociais de Saúde (OSS). Entidades privadas, sem fins lucrativos, de reconhecida *expertise* em gestão de saúde, gerenciam hospitais e ambulatórios públicos, com recursos e controle do Estado. Com 8 anos de existência, mostrou-se ser esse um modelo absolutamente bem sucedido, que tem atraído olhares de vários estados da federação, interessados em compreender o seu funcionamento e aplicá-lo o mais rapidamente possível. A análise comparativa mostra, o valor médio de cada internação nas OSS em 2004 foi de R$ 2.589, contra R$ 3.455 nos hospitais gerenciados diretamente pelo governo do Estado. Além disso, as unidades geridas por essas entidades internaram 159 mil pacientes no período analisado, frente as 111 mil internações nos hospitais de administração direta.

A avaliação não se restringe somente à quantidade, alcançando também a qualidade do atendimento prestado. Como diretor técnico de um desses hospitais (Hospital Geral de Pedreira, gerenciado pela Associação Congregação de Santa Catarina), testemunho diariamente a satisfação da maioria das pessoas por terem um tratamento digno. Como é possível, então, trabalhar a saúde pública com menos dinheiro e mais qualidade?

Quando se firma o contrato de gestão entre o Estado e a OSS, exige-se:

- pontualidade, exatidão e confiabilidade dos dados e informações geradas;

- constante acompanhamento do desempenho do prestador;

- avaliação quantitativa e qualitativa contínuas;

- relação transparente e de confiança entre as partes;

- qualificação e constante aprimoramento dos profissionais participantes do processo.

Além de reuniões periódicas para avaliação do desempenho, mensalmente enviamos à Secretaria Estadual de Saúde relatórios de atividades assistenciais (produção) e de controle da qualidade. Esse controle é feito através do acompanhamento de diversos indicadores. Detalharemos os principais.

- Taxa de cesarianas em primíparas (mulheres que dão a luz pela primeira vez). Visto que a clínica obstétrica constitui cerca de 30% das internações desses hospitais, temos com o uso desse indicador uma boa noção da qualidade da assistência prestada às gestantes. Além dessa taxa, controla-se também o número total de cesarianas.

- Número de óbitos neonatais estratificado por faixas de peso (<500g, 500 a 749g, 750 a 999g, 1000 a 1249g, 1250 a 1499g, 1500 a 1749g, 1750 a 1999g, 2000 a 2249g, 2250 a 2499g, igual ou maior que 2500g). Informamos ainda o número de nascidos vivos, número de nascidos mortos, número de óbitos de 0

a 6 dias e número de óbitos de 7 a 28 dias. Com isso, sabemos como anda a assistência pré-natal, peri-natal e pós-natal.

- Taxa de infecção hospitalar. Controlada principalmente nas UTI's adulto e neonatal.
- Taxa de mortalidade operatória. Consideramos os óbitos ocorridos até 7 dias após o procedimento cirúrgico e os relacionamos com o porte anestésico (cirurgias de pequeno ou grande porte). Com esse indicador, temos condições de fazer análises comparativas com outras instituições hospitalares, mesmo com perfis diferentes.
- Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio. Sabemos que o infarto é importante causa de internação hospitalar com mortalidade de um terço dos pacientes ainda na fase aguda e que o tratamento quando instituído rapidamente melhora a sobrevida do paciente. Analisamos com isso o pronto atendimento em clínica médica.
- Número de reinternações por pneumonia bacteriana em até 30 dias após a alta. Avaliamos a eficácia do tratamento e de certa forma o cuidado com os moradores da comunidade (moradia, alimentação, uso da medicação etc.).

Além desses indicadores, essencialmente clínicos, utilizamos outros, como:

- Número de óbitos analisados pela Comissão de Óbitos do hospital.
- Número de prontuários médicos revisados pela Comissão de Prontuários Médicos do hospital.
- Número de admissões e demissões (rotatividade) de funcionários.
- Número de enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem.
- Número de queixas recebidas e resolvidas pelo nosso Serviço de Atenção ao Usuário (SAU).

- Número de notificações enviadas à Comissão de Farmacovigilância (avalia eventos adversos dos medicamentos ministrados aos pacientes).
- Número de médicos com título de especialista.

Hospital Geral de Pedreira

Localizado na zona sul de São Paulo, há 8 anos destaca-se o Hospital Geral de Pedreira pelo atendimento prestado à população, e também pela mudança promovida na região. Abrangendo os distritos de Cidade Ademar, Pedreira e Campo Grande, foi possível durante esses anos acompanhar a melhora dos indicadores sociais locais, como queda da criminalidade e da mortalidade infantil. Cerca de 80% de seus colaboradores residem na região e é política do hospital a contratação preferencial de pessoas que vivem em seu entorno. As promoções internas também são incentivadas. Com isso, abrem-se novas perspectivas de trabalho e crescimento profissional. Além desta demonstração de responsabilidade social, existe também a preocupação com o meio ambiente. Por isso, há alguns anos o hospital participa do projeto “Pintou Limpeza”, com coleta de materiais recicláveis interna e externamente. É comum ver os moradores das proximidades adentrarem o hospital para depositar em caçambas específicas o lixo reciclável separado em suas casas.

Outra preocupação do hospital é a humanização do atendimento. Além de cumprir obrigações legais, como presença de acompanhantes nas internações, brinquedoteca, desenvolve projetos como Mãe Canguru, Banco de leite, ambulatório do umbigo, atendimento especial aos índios etc.

Para que todos os colaboradores tivessem um local de descanso e lazer, foi construída uma área de cerca de 500 m², o Centro de Convivência, com direção própria e que abriga jogos, biblioteca, TV , caixa bancário etc.

No primeiro semestre de 2006, foram atendidas em seu pronto-socorro 150.000 pessoas e realizadas mais de 7.200 internações. Ainda nesse período, pelo ambulatório de especialidades passaram 100.000 pacientes em consultas, enquanto o número de exames externos voltados à comunidade foi da ordem de 170.000. Com a análise destes números e dos demais indicadores, conhece-se o desempenho do

hospital, sua aceitação pela comunidade (500.000 pessoas vivem em sua área de influência) e a qualidade do seu atendimento.

Foi o primeiro hospital público da cidade de São Paulo a receber a “Acreditação Hospitalar” pela ONA (Organização Nacional de Acreditação). O ambulatório de especialidades “Jardim dos Prados” é o único do Brasil com ISO 9001.

Há cerca de 4 anos, foram realizados seminários de planejamento estratégico, posteriormente seguidos por cursos de “gestão por competências”, “liderança eficaz”e outros, com o foco no aproveitamento e desenvolvimento dos recursos humanos.

A missão do hospital:

“O HGP, imbuído de filosofia cristã, tem como missão assistir a saúde da população de forma humana e digna, valorizando o ser na sua integridade bio-psico-social, promovendo ensino e pesquisa, otimizando todos os seus recursos a serviço da vida”.

Definiu-se também visão, valores, competência essencial e até o “negócio”: vida com excelência. Por último, o *slogan*: cuidando da vida com excelência.

A partir daí, utilizou-se como ferramenta de gestão o “*Balanced Score Card* – BSC”, com dezenas de indicadores de desempenho e qualidade, checados mensalmente, com auxílio de consultoria especializada. No final de fevereiro/2006, o PACS (*Picture Archiving Comunication System*) foi inaugurado, sistema de digitalização de imagens – Raios-X, ultra-som, endoscopia, tomografia, etc. – capaz de aumentar a produtividade, mas principalmente aprimorar a qualidade do atendimento.

Há ainda dificuldades a serem vencidas. A melhora da regulação dos serviços de saúde oferecidos à população não só na zona sul, mas em todo o município de São Paulo, permitirá maior agilidade nos atendimentos, diminuindo destarte os desconfortos ainda existentes entre os que buscam ajuda médica.

Concluindo, é possível a prestação de serviço público de saúde com qualidade, desde que haja vontade política e mecanismos que permitam um bom gerenciamento das unidades, conferindo agilidade nas ações e nas correções.

Os hospitais dirigidos por Organizações Sociais apresentam índice médio de aprovação entre os usuários de 95%, o que mostra claramente ser essa alternativa de saúde pública a melhor forma de mostrar respeito a todos os cidadãos.

8 - Sistema de custos implantado em hospitais públicos administrados por organizações sociais de saúde - OSS

Eliana Cassiano Verdade Nascimento, assistente social, MBA em Economia e Gestão da Saúde pela PUC/SP, diretora técnica de departamento de saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

O modelo OSS – Organização Social de Saúde - implantado no Estado de São Paulo através do disposto na Lei Complementar 846/98 de 04/06/1998, compreende atualmente dezenove serviços de saúde – dezessete hospitais, um centro de referência do idoso e um ambulatório de especialidades.

Este modelo expressa a parceria entre o poder público – Secretaria Estadual de Saúde e a iniciativa privada – organizações do 3º setor, com tradição prévia mínima de 5 anos de serviços prestados no segmento, condição imprescindível para habilitação ao título de OSS.

Divergências ideológicas marcaram (alguns sinais permanecem até hoje) a consolidação dessa alternativa de gestão de saúde. Essas divergências mobilizaram conflitos de opiniões, bastante ricos, pois posturas respeitáveis se manifestaram tanto favoravelmente quanto contrárias ao modelo. Provavelmente, essa turbulência tenha contribuído para a consolidação de um sistema de controle e avaliação dos mais vigorosos.

Trata-se de uma relação de contratante e contratado pautada na trilogia clássica de encomenda, metas e avaliação.

A encomenda se pauta nas necessidades reconhecidas pelo contratante, as metas de contratação são unidades de serviço mensuráveis e os mecanismos

de avaliação envolvem a gestão como um todo alicerçado nos resultados. O sistema se retro-alimenta na própria dinâmica, dado que envolve o contratante e o contratado nas decisões do planejamento global que permeia a parceria.

Os mecanismos de avaliação técnica envolvem:

- informes afetos à abordagem quali-quantitativa da produção assistencial, iniciando com tratamento estatístico aplicado no faturamento (SUS) e estendendo-se aos indicadores de qualidade anualmente incorporados ao contrato de gestão;

- informes referentes ao acompanhamento gerencial do desempenho da contabilidade financeira e da de custos;

Conforme estabelecido na Lei nº 846/98, a auditoria contábil é da competência do Tribunal de Contas do Estado, cujos julgamentos tanto das prestações de contas quanto da execução dos contratos têm corroborado na consolidação do modelo.

"A busca de eficiência e eficácia na utilização dos recursos na saúde, tanto do setor público como do privado, é uma responsabilidade permanente dos gestores e administradores da área. A apuração de custos e, principalmente a sua gestão, são elementos decisivos para atingir esses objetivos."

(Gabriel Ferrato)

No final de 2.001, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo deliberou pela implantação do sistema de custos hospitalares em cinco hospitais administrados por Organizações Sociais de Saúde. No ano seguinte (2002), todos os hospitais – treze à época - foram orientados sobre a obrigatoriedade

de implantação desse sistema, sendo prevista para 2003, a emissão sistemática desses dados à CSS – Coordenadoria de Serviços de Saúde.

Para melhor compreensão do processo de consolidação do sistema de custos nos hospitais administrados por OSS é oportuno destacar as peculiaridades determinantes na formação da sua "personalidade"; como se vê abaixo.

Por opção da Secretaria, a implantação foi iniciada na individualidade de cada hospital, respeitando, portanto o plano de contas vigente em cada instituição e procedendo apenas ao nivelamento de conceito sobre alguns títulos de centros de custos.

Ao longo de 2002 os hospitais desenvolveram internamente a implantação do sistema de custos oferecido por empresa terceirizada, o que demandou esforços na configuração da logística para apuração dos informes que alimentam o sistema de custos. Esta é uma fase muito trabalhosa, pois envolve equacionar estruturação didática às funcionalidades de desenvolvimento dos vários serviços. Ou seja, a configuração do sistema de custos de cada organização definiu-se a partir de convenções contábeis e gerenciais, distintas.

No início de 2003, os hospitais administrados por OSS encontravam-se em diferentes estágios de informatização e, obviamente o sistema de custos também. Nessa época, a Secretaria, através da CSS, coordenou equipe de trabalho integrada por representantes de todos os hospitais para definição do *layout* do conjunto de relatórios de custos a serem sistematicamente enviados ao contratante – Secretaria da Saúde. As premissas que nortearam a condução do escopo das atividades do Grupo de Trabalho rumo à parametrização de conceitos, foram:

- garantir o investimento até então realizado na implantação do sistema de custos – além do investimento financeiro, alguns hospitais já contavam com 18 meses de trabalho na área em pauta;

- o foco do trabalho centrado no nivelamento de conceitos das informações então disponíveis – qual sejam custos apurados pelo método de absorção plena, pautados em centros de custos; penas depois de esgotada esta fase, definir compromisso de apuração de custos por procedimento.

- situar a configuração dos relatórios a serem periodicamente à CCSS (contratante), o que não corresponde ao nível de detalhamento cabível para as informações de custos afetas à dimensão gerencial interna do hospital.

Dado a característica interativa do processo de parametrização de conceitos – grupo de trabalho coordenado pela Secretaria da Saúde e integrado por representantes de cada um dos hospitais administrados por OSS – teve-se o cuidado de elaborar *pró-memória* de cada reunião de trabalho. Este cuidado colaborou substancialmente na consolidação das convenções firmadas, bem como no cumprimento das pautas estabelecidas.

O embasamento conceitual que norteia a edificação do sistema de custos foi debatido nas primeiras reuniões do Grupo de Trabalho conduzido pela CCSS e integrado por representantes de todos os hospitais administrados por OSS. As divergências foram apreciadas e por fim, concluiu-se pelo foco conceitual mais condizente com o sistema implantado na maioria dos hospitais, qual seja o sistema implantado tem foco no empreendimento como um todo e não na produção exclusivamente. Obviamente, todas as posições têm lastro de fundamentação reconhecido na literatura, mas prevaleceu a premissa de validação do que já estava em operação.

O resultado se expressa no conjunto de informações prestadas pelos hospitais à Secretaria, conforme estrutura demonstrada a seguir, observando que atualmente, a alimentação desses relatórios é feita mediante sistema informatizado desenvolvido na WEB.

Nas próximas páginas, apresenta-se o conjunto de informes apresentados pelos hospitais à secretaria da saúde, pontuando que tal documento é disponibilizado até o dia 25 do mês subsequente ao fechamento do trimestre, com o objetivo de preservar a atualidade da informação (ver nota explicativa 1).

NOME HOSPITAL:
QUADRO I - COMPOSIÇÃO E EVOLUÇÃO DOS CUSTOS
PERÍODO: Trimestre / 2XXX

MÊS	CUSTOS DE PESSOAL				CONSUMO DE MATERIAIS				CUSTOS GERAIS E INDIRETOS		UNIDADES EXTERNAS		CUSTO TOTAL
					MATERIAIS	MAT/MED	TOTAL						
	CLT	TERCEIROS	TOTAL	%	VALOR	VALOR	VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%	VALOR
1º Mês	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	**1**
2º Mês	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	**1**
3º Mês	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	**1**
Média	**0**	**0**	**0**	**0,0**	**0**	**0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**1**	**100,0**	**1**

COMPOSIÇÃO SERVIÇO		CUSTO UNIDADE	CUSTO EXAMES	CUSTO TOTAL	% Part. Custo TT
Internação	1º Mês	-	-	-	-
	2º Mês	-	-	-	-
	3º Mês	-	-	-	-
MÉDIA		**-**	**-**	**-**	**#DIV/0!**
Ambulatório	1º Mês	-	-	-	-
	2º Mês	-	-	-	-
	3º Mês	-	-	-	-
MÉDIA		**-**	**-**	**-**	**#DIV/0!**
Pronto Socorro	1º Mês	-	-	-	-
	2º Mês	-	-	-	-
	3º Mês	-	-	-	-
MÉDIA		**-**	**-**	**-**	**#DIV/0!**
SADT / Externos	1º Mês	-	-	-	-
	2º Mês	-	-	-	-
	3º Mês	-	-	-	-
MÉDIA		**-**	**-**	**-**	**#DIV/0!**
Unidade Externa	1º Mês	-	-	-	-
	2º Mês	-	-	-	-
	3º Mês	-	-	-	-
MÉDIA		**-**	**-**	**-**	**#DIV/0!**
CUSTO TOTAL	1º Mês	-	-	-	#VALOR!
	2º Mês	-	-	-	#VALOR!
	3º Mês	-	-	-	#VALOR!
MÉDIA		**-**	**-**	**-**	**#VALOR!**

QUADRO II - DEMONSTRAÇÃO DO CUSTO UNITÁRIO DOS SERVIÇOS- UNIDADES DE INTERNAÇÃO

PERÍODO: Trimestre / 2XXX

CENTROS DE RESULTADO	MÊS	CUSTO TOTAL	QTDE. PROD.	CUSTO UNIT. C/ MAT./MED.	CONSUMO DE MAT./MED.	CUSTO UNIT. S/ MAT./MED.	Nº LEITOS OPER.	Nº DIAS MÊS	PROD. OCUP. PADR 80%	CUSTO OCUP. PADRÃO
Clínica Médica	1º	-	-	- -	-	- -	-	-	-	- -
U. P. : Paciente-Dia	2º	-	-	- -	-	- -	-	-	-	- -
	3º	-	-	- -	-	- -	-	-	-	- -
MÉDIA		**-**	**0**	**#DIV/0!**	**-**	**#DIV/0!**	**-**	**-**	**-**	**#DIV/0!**
Clínica Cirúrgica	1º	-	-	- -	-	- -	-	-	-	- -
U. P. : Paciente-Dia	2º	-	-	- -	-	- -	-	-	-	- -
	3º	-	-	- -	-	- -	-	-	-	- -
MÉDIA		**-**	**0**	**#DIV/0!**	**-**	**#DIV/0!**	**-**	**-**	**-**	**#DIV/0!**
Clínica Pediátrica	1º	-	-	- -	-	- -	-	-	-	- -
U. P. : Paciente-Dia	2º	-	-	- -	-	- -	-	-	-	- -
	3º	-	-	- -	-	- -	-	-	-	- -
MÉDIA		**-**	**0**	**#DIV/0!**	**-**	**#DIV/0!**	**-**	**-**	**-**	**#DIV/0!**
Moléstias Infecciosas	1º	-	-	- -	-	- -	-	-	-	- -
U. P. : Paciente-Dia	2º	-	-	- -	-	- -	-	-	-	- -
	3º	-	-	- -	-	- -	-	-	-	- -
MÉDIA		**-**	**0**	**#DIV/0!**	**-**	**#DIV/0!**	**-**	**-**	**-**	**#DIV/0!**
Psiquiatria	1º	-	-	- -	-	- -	-	-	-	- -
U. P. : Paciente-Dia	2º	-	-	- -	-	- -	-	-	-	- -
	3º	-	-	- -	-	- -	-	-	-	- -
MÉDIA		**-**	**0**	**#DIV/0!**	**-**	**#DIV/0!**	**-**	**-**	**-**	**#DIV/0!**
Queimados	1º	-	-	- -	-	- -	-	-	-	- -
U. P. : Paciente-Dia	2º	-	-	- -	-	- -	-	-	-	- -
	3º	-	-	- -	-	- -	-	-	-	- -
MÉDIA		**-**	**0**	**#DIV/0!**	**-**	**#DIV/0!**	**-**	**-**	**-**	**#DIV/0!**
Clínica Obstétrica	1º	-	-	- -	-	- -	-	-	-	- -
U. P. : Paciente-Dia	2º	-	-	- -	-	- -	-	-	-	- -
	3º	-	-	- -	-	- -	-	-	-	- -
MÉDIA		**-**	**0**	**#DIV/0!**	**-**	**#DIV/0!**	**-**	**-**	**-**	**#DIV/0!**
UTI Adulto	1º	-	-	- -	-	- -	-	-	-	- -
U. P. : Paciente-Dia	2º	-	-	- -	-	- -	-	-	-	- -

QUADRO II - DEMONSTRAÇÃO DO CUSTO UNITÁRIO DOS SERVIÇOS- PRONTO SOCORRO/AMBULATÓRIO

PERÍODO: Trimestre / 2---

CENTROS DE RESULTADO	MÊS	CUSTO TOTAL	QTDE. PROD.	CUSTO UNIT. C/ MAT./MED.	CONSUMO DE MAT./MED.	CUSTO UNIT. S/ MAT./MED.
Pronto Socorro U. P. : Nº de Atendimentos	1º	-	-	- -	-	- -
	2º	-	-	- -	-	- -
	3º	-	-	- -	-	- -
MÉDIA		-	-	#DIV/0!	-	#DIV/0!
Pronto Socorro Adulto U. P. : Nº de Atendimentos	1º	-	-	- -	-	- -
	2º	-	-	- -	-	- -
	3º	-	-	- -	-	- -
MÉDIA		-	-	#DIV/0!	-	#DIV/0!
Pronto Socorro Infantil U. P. : Nº de Atendimentos	1º	-	-	- -	-	- -
	2º	-	-	- -	-	- -
	3º	-	-	- -	-	- -
MÉDIA		-	-	#DIV/0!	-	#DIV/0!
Pronto Socorro U. P. : Nº de Paciente-Dia	1º	-	-	- -	-	- -
	2º	-	-	- -	-	- -
	3º	-	-	- -	-	- -
MÉDIA		-	-	#DIV/0!	-	#DIV/0!
Pronto Socorro Adulto U. P. : Nº de Paciente-Dia	1º	-	-	- -	-	- -
	2º	-	-	- -	-	- -
	3º	-	-	- -	-	- -
MÉDIA		-	-	#DIV/0!	-	#DIV/0!
Pronto Socorro Infantil U. P. : Nº de Paciente-Dia	1º	-	-	- -	-	- -
	2º	-	-	- -	-	- -
	3º	-	-	- -	-	- -
MÉDIA		-	-	#DIV/0!	-	#DIV/0!
Ambulatório Interno U. P. : Nº de Consultas	1º	-	-	- -	-	- -
	2º	-	-	- -	-	- -
	3º	-	-	- -	-	- -
MÉDIA		-	-	#DIV/0!	-	#DIV/0!
Ambulatório Externo U. P. : Nº de Consultas	1º	-	-	- -	-	- -
	2º	-	-	- -	-	- -
	3º	-	-	- -	-	- -
MÉDIA		-	-	#DIV/0!	-	#DIV/0!

2003, é

QUADRO II - DEMONSTRAÇÃO DO CUSTO UNITÁRIO DOS SERVIÇOS- CENTRO CIRÚRGICO/CC AMBULATORIAL /CPN /CO

PERÍODO: Trimestre / 2XXX

CENTROS DE RESULTADO	MÊS	CUSTO TOTAL	QTDE. PROD.	CUSTO UNIT. C/ MAT./MED.	CONSUMO DE MAT./MED.	CUSTO UNIT. S/ MAT./MED.
Centro Cirúrgico	1º	-	-	- -	-	- -
U. P. : Horas Cirúrgicas	2º	-	-	- -	-	- -
	3º	-	-	- -	-	- -
MÉDIA		**-**	**-**	**#DIV/0!**	**-**	**#DIV/0!**
Centro Obstétrico	1º	-	-	- -	-	- -
U. P. : Horas Cirúrgicas CO	2º	-	-	- -	-	- -
	3º	-	-	- -	-	- -
MÉDIA		**-**	**-**	**#DIV/0!**	**-**	**#DIV/0!**
Centro de Parto Normal	1º	-	-	- -	-	- -
U. P. : Nº de Partos	2º	-	-	- -	-	- -
	3º	-	-	- -	-	- -
MÉDIA		**-**	**-**	**#DIV/0!**	**-**	**#DIV/0!**
Centro Cirúrgico Ambulatorial	1º	-	-	- -	-	- -
U. P. : Horas Cirúrgicas	2º	-	-	- -	-	- -
Ambulatoriais	3º	-	-	- -	-	- -
MÉDIA		**-**	**-**	**#DIV/0!**	**-**	**#DIV/0!**
Centro Cirúrgico Ambulatorial	1º	-	-	- -	-	- -
U. P. : Nº Pacientes	2º	-	-	- -	-	- -
	3º	-	-	- -	-	- -
MÉDIA		**-**	**-**	**#DIV/0!**	**-**	**#DIV/0!**

QUADRO II - DEMONSTRAÇÃO DO CUSTO UNITÁRIO DOS SERVIÇOS- EXAMES

PERÍODO: Trimestre / 2004

CENTROS DE RESULTADO	MÊS	CUSTO TOTAL	QTDE. PROD.	CUSTO UNIT. C/ MAT./MED.
Análises Clínicas	1º	-	-	- -
U. P. : Nº de Exames	2º	-	-	- -
	3º	-	-	- -
MÉDIA		-	-	#DIV/0!
Radiologia	1º	-	-	- -
U. P. : Nº de Exames	2º	-	-	- -
	3º	-	-	- -
MÉDIA		-	-	#DIV/0!
Mamografia	1º	-	-	- -
U. P. : Nº de Exames	2º	-	-	- -
	3º	-	-	- -
MÉDIA		-	-	#DIV/0!
Ultrassonografia	1º	-	-	- -
U. P. : Nº de Exames	2º	-	-	- -
	3º	-	-	- -
MÉDIA		-	-	#DIV/0!
Tomografia	1º	-	-	- -
U. P. : Nº de Exames	2º	-	-	- -
	3º	-	-	- -
MÉDIA		-	-	#DIV/0!
Hemoterapia (Agência)	1º	-	-	- -
U. P. : Nº de Bolsas	2º	-	-	- -
Transfundidas	3º	-	-	- -
MÉDIA		-	-	#DIV/0!
Hemoterapia (Banco)	1º	-	-	- -
U. P. : Nº de Bolsas	2º	-	-	- -
Transfundidas	3º	-	-	- -
MÉDIA		-	-	#DIV/0!
Endoscopia	1º	-	-	- -
U. P. : Nº de Exames	2º	-	-	- -
	3º	-	-	- -
MÉDIA		-	-	#DIV/0!

CENTROS DE RESULTADO	MÊS	CUSTO TOTAL	QTDE. PROD.	CUSTO UNIT. C/ MAT./MED.
Medicina Nuclear	1º	-	-	- -
U. P. : Nº de Exames	2º	-	-	- -
	3º	-	-	- -
MÉDIA		-	-	#DIV/0!
Litotripsia	1º	-	-	- -
U. P. : Nº de Sessões	2º	-	-	- -
	3º	-	-	- -
MÉDIA		-	-	#DIV/0!
Hemodiálise	1º	-	-	- -
U. P. : Nº de Sessões	2º	-	-	- -
	3º	-	-	- -
MÉDIA		-	-	#DIV/0!
Hemodinâmica	1º	-	-	- -
U. P. : Nº de Procedimentos	2º	-	-	- -
	3º	-	-	- -
MÉDIA		-	-	#DIV/0!
Quimioterapia	1º	-	-	- -
U. P. : Nº de Sessões	2º	-	-	- -
	3º	-	-	- -
MÉDIA		-	-	#DIV/0!
Ecocardiograma	1º	-	-	- -
U. P. : Nº de Exames	2º	-	-	- -
	3º	-	-	- -
MÉDIA		-	-	#DIV/0!
Ressonância Magnética	1º	-	-	- -
U. P. : Nº de Exames	2º	-	-	- -
	3º	-	-	- -
MÉDIA		-	-	#DIV/0!

PERÍODO: Trimestre / 2XXX

Nutricão		**Refeições x Peso**	
Meses	Custo Total	Quantidade	Custo Unitário
1o. Mês	-	-	- -
2o. Mês	-	-	- -
3o. Mês	-	-	- -
Média	**-**	**-**	**#DIV/0!**

Refeições Paciente - dia	**Peso**	**Custo Unitário**
Desjejum	0,00	**#DIV/0!**
Colação	0,00	**#DIV/0!**
Almoço	0,00	**#DIV/0!**
Jantar	0,00	**#DIV/0!**
Merenda	0,00	**#DIV/0!**
Ceia	0,00	**#DIV/0!**
Total		**#DIV/0!**

Lavanderia		**Kg Roupa**	
Meses	Custo Total	Quantidade	Custo Unitário
1o. Mês	-	-	- -
2o. Mês	-	-	- -
3o. Mês	-	-	- -
Média	**-**	**-**	**#DIV/0!**

Central de Materiais		
Meses	% Mat.	Custo Total
1o. Mês	-	-
2o. Mês	-	-
3o. Mês	-	-
Média	**-**	**-**

Limpeza		**Área (m2) Construída / Ativada**	
Meses	Custo Total	Quantidade	Custo Unitário
1o. Mês	-	-	- -
2o. Mês	-	-	- -
3o. Mês	-	-	- -
Média	**-**	**-**	**#DIV/0!**

Apontamento

QUADRO VI - DEMONSTRAÇÃO DO CUSTO UNITÁRIO DOS SERVIÇOS AUXILIARES
PERÍODO: Trimestre / 2XXX

(A) Centro de Custo : Manutenção (Custo Direto + Indireto - sem rateios)	
Meses	Custo Total
1o. Mês	-
2o. Mês	-
3o. Mês	-
Média	**-**

(D) Centro de Custo : Manutenção de Equipamento Hospitalar (Custo Direto + Indireto - sem rateios)	
Meses	Custo Total
1o. Mês	-
2o. Mês	-
3o. Mês	-
Média	**-**

(B) Despesas com manutenção predial	
Meses	Custo Total
1o. Mês	-
2o. Mês	-
3o. Mês	-
Média	**-**

(E) Despesas com manutenção equiptos	
Meses	Custo Total
1o. Mês	-
2o. Mês	-
3o. Mês	-
Média	**-**

(C) Total - Despesas com Manutenção (A+B)	
Meses	Custo Total
1o. Mês	-
2o. Mês	-
3o. Mês	-
Média	**-**

(F) Total - Despesas com Manutenção Equiptos (D + E)	
Meses	Custo Total
1o. Mês	-
2o. Mês	-
3o. Mês	-
Média	**-**

TOTAL (C + F)		% s/ TT Custo
Total Geral - 1o	-	#VALOR!
Total Geral - 2o	-	#VALOR!
Total Geral - 3o	-	#VALOR!
Média Geral	**-**	**#VALOR!**

O resultado expresso no conjunto de informações prestadas pelos hospitais à Secretaria, conforme demonstrado às páginas 5 a 10 é filtrado com as posições médias mensais e consolidado em um único relatório gerencial que contempla as várias unidades de produção aferidas e o conjunto de hospitais que alimenta o sistema.

Este relatório gerencial é consolidado na Secretaria e devolvido ao conjunto de hospitais consistindo em uma efetiva ferramenta de *benchmarking*. Características da ferramenta:

- informes atualizados de custos hospitalares, em bases conceituais parametrizadas, envolvendo um universo médio mensal de 3.500 leitos cuja produtividade média está em 77.500 pacientes dia, em torno de 11.000 horas cirúrgicas (computadas a partir do ingresso do paciente na sala de cirurgia até a alta anestésica), 125.500 atendimentos de Urgência e Emergência (a unidade de produção é o paciente atendido e não as derivações do atendimento), 99.000 consultas ambulatoriais (considerando como unidade o paciente atendido e não os exames e procedimentos derivados da consulta médica).

Na seqüência encontra-se a formatação desse relatório gerencial.

CSS Coordenadoria de Serviços de Saúde
GGCC - Grupo de Gestão e Controle de Contratos

Relatório de custos hospitalares - Hospitais administrados por OSS

	Bauru		Carapicuíba		Diadema		Francisco Morato		Grajaú		Guarulhos		Itai
Quadro I Composição média	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$
Custo de Pessoal (total)													
Pessoal (terceiros)													
Consumo de materiais													
Custos gerais e indiretos													
Unidades externas													
Total (*média mensal)*													
Internação													
Ambulatório													
Pronto Socorro													
SADT externo													
Unidades externas													
Total (*média mensal)*													

	Itapecerica da Serra		Itapevi		Itaquaquecetuba		Pedreira		Pirajussara		Santo André		Sa
Quadro I Composição média	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$
Custo de Pessoal (total)													
Pessoal (terceiros)													
Consumo de materiais													
Custos gerais e indiretos													
Unidades externas													
Total (*média mensal)*													
Internação													
Ambulatório													
Pronto Socorro													
SADT externo													
Unidades externas													
Total (*média mensal)*													

	Sumaré		Vila Alpina	
Quadro I Composição média	R$	%	R$	%
Custo de Pessoal (total)				
Pessoal (terceiros)				
Consumo de materiais				
Custos gerais e indiretos				
Unidades externas				
Total (*média mensal)*				
Internação				
Ambulatório				
Pronto Socorro				
SADT externo				
Unidades externas				

	Bauru			Santo André			Pirajussara			Diadema		
Quadro II INTERNAÇÃO (mês)	nº leitos	R$	qtde	nº leitos	R$	qtde	nº leitos	R$	qtde	nº leitos	R$	qtde
Clínica médica (***Paciente dia)***												
Clínica Cirúrgica												
Clínica Pediátrica												
Clínica Obstétrica												
Psiquiatria												
Moléstias Infecciosas												
Queimados												
Unidade Coronariana												
UTI adulto												
UTI pediátrica												
UTI neonatal												
UTI coronariana												
UTI Queimados												
Berçário/Cuid. Intermed/Neonato												
Semi Intensiva adulto												

	Carapicuíba			Itaim Paulista			Itapecerica da Serra			Itapevi		
Quadro II INTERNAÇÃO (mês)	nº leitos	R$	qtde	nº leitos	R$	qtde	nº leitos	R$	qtde	nº leitos	R$	qtde
Clínica médica (***Paciente dia)***												
Clínica Cirúrgica												
Clínica Pediátrica												
Clínica Obstétrica												
Psiquiatria												
Moléstias Infecciosas												
Queimados												
Unidade Coronariana												
UTI adulto												
UTI pediátrica												
UTI neonatal												
UTI coronariana												
UTI Queimados												
Berçário/Cuid. Intermed/Neonato												
Semi Intensiva adulto												
Mãe Canguru												

	Guarulhos			Vila Alpina			Sapopemba			Francisco Morato		
Quadro II INTERNAÇÃO (mês)	nº leitos	R$	qtde	nº leitos	R$	qtde	nº leitos	R$	qtde	nº leitos	R$	qtde

	Carapicuíba			Itaim Paulista			Itapecerica da Serra			Itapevi		
Quadro II PS/Ambulatório (mês)	nº leitos	R$	qtde	nº leitos	R$	qtde	nº leitos	R$	qtde	nº leitos	R$	qtde
Pronto Socorro (***atendimento***)												
Pronto Socorro Adulto (idem)												
Pronto Socorro Infantil (idem)												
Pronto Socorro (***paciente dia***)												
Pronto Socorro Adulto (idem)												
Pronto Socorro Infantil (idem)												
Ambulatório Interno (*consulta*)												
Ambulatório Externo (*consulta*)												

	Bauru			Santo André			Pirajussara			Diadema		
Quadro IV Serviços Auxiliares		R$	qtde		R$	qtde		R$	qtde		R$	qtde
Custo unitário de todas as refeições-dia, por paciente.												
Custo unitário por Kg Roupa												
Custo unitário m^2 Limpeza												
CME (***total***) (***% material***)												
Manutenção Predial												
Manuteção Equipamentos												
Manutenção Total												

	Bauru			Santo André			Pirajussara			Diadema		
Quadro II EXAMES (mês)		R$	qtde		R$	qtde		R$	qtde		R$	qtde
Análises Clínicas (exame)												
Radiologia (exame)												
Tomografia (exame)												
Ultrassonografia (exame)												
Mamografia (exame)												
Hemoterapia *Agência* (*bolsa transf*)												
Hemoterapia *Banco* (*bolsa transf*)												
Endoscopia (exame)												
Medicina Nuclear (exame)												
Litotripsia (sessão)												
Hemodiálise (sessão)												
Hemodinâmica (exame)												
Quimioterapia (sessão)												
Ecocardiografia (exame)												
Ressonância Magnética (exame)												

	Carapicuíba			Itaim Paulista			Itapecerica da Serra			Itapevi		
Quadro II EXAMES (mês)		R$	qtde		R$	qtde		R$	qtde		R$	qtde
Análises Clínicas (exame)												
Radiologia (exame)												
Tomografia (exame)												
Ultrassonografia (exame)												
Mamografia (exame)												

Além do relatório gerencial exposto acima, tem-se mais um produto consolidado a partir dos informes de custos hospitalares, denominado, internamente à Secretaria, de tábua de custos, e consiste na apresentação dos vários centros produtivos por hospital, apontando as quantidades de unidades de produção média aferida no trimestre, seu custo médio unitário e o valor médio ponderado de custo da Unidade de Produção aferido nesse universo de referência.

Segue formatação ilustrativa.

CLÍNICA PEDIÁTRICA

			1° tri / 05	
	nº leitos	qtde	R$ unit.	R$ total
Bauru	32			0,00
Carapicuíba				0,00
Diadema				0,00
Fco Morato				0,00
Grajaú				0,00
Guarulhos				0,00
Itaim				0,00
Itapecerica				0,00
Itapevi				0,00
Itaquá				0,00
Pedreira				0,00
Pirajussara				0,00
Santo André				0,00
Sapopemba				0,00
Sumaré				0,00
Vila Alpina				0,00
		0		0,00
				#DIV/0!

Esse conjunto de informações assegura ao contratante – Secretaria Estadual de Saúde – uma plataforma confiável que integra seu manancial de ferramentas de avaliação e controle dos contratos de gestão. Na verdade, esse sistema de custos é mais uma dentre o rol de ferramentas de avaliação, entretanto há que ressaltar seu ineditismo diante do porte do universo de referência – o número mensal de leitos e

de unidades produtivas do conjunto, apurado sob a mesma base conceitual. Acrescente-se ainda a consistência histórica adquirida.

Notas explicativas

1. O layout das planilhas preenchidas pelos hospitais, páginas 4 a 9, foi criado por Alessandra Vieira Machado, da Planisa.

2. Os Quadros Demonstrativos estão apresentados em sua versão original, planilha em Ecxel. À exceção da Tábua de Custos, os demais relatórios são alimentados e disponibilizados em site na WEB.

Bibliografia

MARTINS, Domingos. “Custos e Orçamentos Hospitalares”. São Paulo: Editora Atlas, 2000.

MATOS**,** Afonso José de**.** **“**Gestão de Custos Hospitalares”. São Paulo: Editora STS, 2.002.

9 - Vinculação Orçamentária e Descentralização na Saúde – Revisões e Riscos na Credibilidade do Sistema

Leonardo Trevisan. Historiador, pós-doutor em economia pela London School, professor titular do departamento de economia da PUC/SP.

Os municípios brasileiros alcançaram, com a Constituição de 1988, autonomia política, administrativa e financeira. Decisões operacionais sobre saúde pública foram, portanto, descentralizadas, mas o processo de repasse das verbas para efetivar tais decisões não o foi. Os municípios brasileiros, que no período de 1964/1988 detinham 15% dos recursos nacionais, após 1988 saltaram para 22,75%. A instância da administração local recebeu, com o processo de municipalização da saúde, significativas responsabilidades. No SUS, os instrumentos de gestão permanecem à espera de atitudes gerenciais renovadoras. Apesar de sua importância, a implantação do cartão eletrônico, mesmo com disponibilidade orçamentária, até com recursos "carimbados" do FUST, não avança. Destino diferente, no entanto, poderá ter a proposta, apresentada em junho de 2004 ainda em trâmite, referente à revisão da Emenda Constitucional número 29 que determinou orçamento mínimo vinculado para a Saúde. A revisão da Emenda incidirá sobre a reserva de credibilidade que impulsiona a autoridade municipal a colaborar com a "descentralização" do sistema de saúde.

Os debates sobre a Reforma Tributária – tema essencial da administração iniciada em janeiro de 2007 – terão impacto direto sobre

a sistemática do repasse de verbas do Sistema Único de Saúde (SUS). A desvinculação de receitas da União dos gastos públicos é preconizada, por algumas correntes de pensamento em finanças públicas, como forma eficaz de o governo ter maior capacidade de gestão sobre o conjunto das verbas orçamentárias. A proposta privilegia o argumento de que a plena desvinculação de receitas no Orçamento daria ao Poder Executivo margem bem maior de definição do uso final dos recursos. Em outras palavras, o término da estratégia de "dinheiro carimbado" por determinação legal no Orçamento da União permitiria maior fluxo de recursos para investimento e, principalmente redução da carga tributária.

O curso dessa proposta teria forte impacto sobre o orçamento da chamada área social, especialmente na saúde pública e educação. Em junho de 2004 o Poder Executivo Federal enviou ao Congresso Nacional proposta de Desvinculação da Receitas Orçamentárias (DRU), prevendo a liberação de cerca de 20% das receitas com tributos até 2007. Essa proposta implicava em revisão da Emenda Constitucional número 29 (promulgada em setembro de 2000) que determinou Orçamento Mínimo vinculado para a Saúde nas instancias federal, estadual e municipal. O principal argumento da exposição de motivos que sustentou a proposta foi de que, por exemplo, no primeiro semestre deste ano a Receita Federal arrecadou R$ 6,75 bilhões além do projetado para o período, porém, o Executivo não pôde dispor desses novos recursos, segundo a argumentação do Ministério da Fazenda, pela vinculação de despesas à arrecadação. Desse modo,

áreas necessitadas de maior aporte de recursos – inclusive no âmbito social – não os receberam, mesmo em um momento de maior "folga de caixa" nos cofres da União.

A pressão da vinculação de verbas no Orçamento da União é inquestionável. O economista Edward Amadeo demonstrou em painel no 4° Encontro Brasileiro de Finanças (promovido pela COPPEAD/UFRJ e Sociedade Brasileira de Finanças) que 90,4% das receitas da União são vinculadas por força de lei, deixando o Executivo "de mãos amarradas para romper o círculo vicioso da carga tributária" (GOES, 2004). Porém, é essa vinculação (Parágrafo 2° do artigo 198 da Constituição Federal) que determinou o movimento de adesão das autoridades municipais aos planos de atenção básica em saúde pública, como trataremos a seguir. É a segurança constitucional relativa à continuidade do fluxo de recurso no "próximo exercício" que impulsiona o prefeito a aceitar os compromissos inerentes à "descentralização", principio constitutivo básico do SUS.

A simples ameaça de uma solução de continuidade na política de repasse de recursos constitucionalmente definida terá sérias implicações no cotidiano administrativo do sistema de saúde brasileiro. Desde a sua origem, o SUS enfrenta resistências operacionais que nasceram no âmbito da gestão das finanças públicas. A exemplar ingenuidade de que as resistências para a implantação do SUS eram exógenas ao sistema efetivou a crença de que essa resistência seria resolvida apenas em instâncias externas, a primeira delas a da elaboração de leis e portarias. Ao longo do tempo foi possível

identificar que a maior resistência ao modelo é endógena à administração pública e está nas formas operacionais do sistema, no modelo de gestão e, principalmente, no fluxo de recursos. O campo de batalha decisivo para a mudança de mentalidade na saúde pública está contido no que chamamos de *três arcos de poder* que existem no SUS: no cotidiano operacional, na definição da instância administrativa responsável pela elaboração de normas e, por último, na exata percepção de a quem pertence o poder real - enfim, quem é o “dono” - da decisão quanto ao repasse de recursos para a gestão descentralizada de saúde no Brasil.

Os limites do Estado mantido em “anemia induzida”

Os três arcos de poder do sistema de saúde pública acima mencionados obedecem ao princípio norteador expresso pelo artigo 198 da Constituição Federal, segundo o qual, as ações e serviços públicos de saúde integram uma “rede regionalizada e hierarquizada” e constituem um sistema único obediente a três diretrizes, expressas em três incisos deste artigo. O primeiro deles é a *descentralização* “com direção única em cada esfera de governo”; depois, o *atendimento integral* “com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”; e, por último, a Constituição determina, sem especificações a *participação da comunidade*.

O conceito de descentralização em saúde, desde os debates dos anos 1970, sempre foi acompanhado da idéia de municipalização. Dados do Ministério da Saúde revelam que dos 5.506 municípios

brasileiros, 5.451 - 98,8% - estavam habilitados à gestão municipalizada de saúde em dezembro de 2000 (MINISTÉRIO da SAÚDE, 2000). Portanto, quanto ao estrito cumprimento das normas legais, a municipalização da saúde estaria "pronta" e com ela a descentralização estaria avançando celeremente. Não há discussão quanto à necessidade de descentralizar a ação do SUS, mas é incontestável que os resultados reais desse processo de municipalização permanecem objeto de irreconciliáveis discordâncias. Silvio Fernandes da Silva (2001) elaborou clara distinção entre os que são contra a municipalização na forma em que está sendo implementada - por considerar "radical" essa implantação - e há os que, por outro lado, consideram totalmente insatisfatória e insuficiente a "autonomia local" já conquistada.

É importante acompanhar os argumentos de cada corrente, desde as suas propostas iniciais, ainda nos anos 90. Para os que consideram excessiva a municipalização da saúde já alcançada é obrigatório redefinir os "papeis" de estados, municípios e União na descentralização da saúde. O principal argumento é que a "excessiva polarização" entre União e municípios acaba por proteger demais a instância municipal, em detrimento das instâncias estaduais e regionais de gestão (MENDES, 1998). Como a União mantém o controle do repasse de recursos o choque é inevitável, com sérios prejuízos ao usuário do sistema.

Os argumentos a favor da municipalização com a maior autonomia possível criticam as normas federais que operacionalizam a

descentralização por todos os limites que impõem ao exercício do poder local e, principalmente, a pretensão de que políticas públicas de saúde possam ser implementadas “sem a participação dos atores locais” (BUENO. MEHRY, 1998). A conhecida observação de que as normas ditadas “de cima para baixo” têm execução difícil e avaliação de resultados muito complicada é a base dessa argumentação.

Tanto a análise favorável como a contrária à autonomia local, privilegiam o poder de decisão do Estado, seja ele federal ou municipal, sem discutir a efetiva capacidade de “impor vontade” desse poder de Estado. A fragilidade desse poder não é distinta, seja no âmbito federal, seja na esfera local. Por exemplo, a cidade de São Paulo é o sexto orçamento da República. Teoricamente, os poderes de fiscalização do estado e do município nessa Capital são significativos. Porém, o fato real é que 2,7 milhões do 5,6 milhões de carros (46,8%) cadastrados na Capital paulista são “fantasmas”, isto é, circulam em situação irregular sem qualquer licenciamento, sem quitação de impostos ou multas. Os dados do Departamento Estadual de Transito do Estado de São Paulo revelam que 41,6% dos veículos irregulares estão nessa situação há mais de cinco anos (DIAMANTE, 2004). A prefeitura, que tem participação no imposto estadual de licenciamento dos veículos e recebe integralmente os recursos arrecadados nas multas de trânsito, simplesmente, não consegue “efetuar” esse poder de Estado.

A instância da administração local - que na cidade mais rica do País não consegue fazer com que a metade dos automóveis circule

pagando os impostos e multas devidas - recebeu, com o processo de municipalização da saúde, inerente às determinações constitucionais de 1988, um significativo conjunto de novas responsabilidades. A Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990, número 8.080, definiu nestes termos (art. 18) a competência dos municípios no setor de saúde:

Art. 18; À direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS - compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de Saúde e gerir e executar os serviços públicos de Saúde.

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde - SUS, em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução controle e avaliação das ações referentes às condições e ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica

b) de vigilância sanitária

c) de alimentação e nutrição

d) de saneamento básico

e) de Saúde do trabalhador

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a Saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar junto aos órgãos municipais, estaduais e federais componentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras

X - observado o disposto no artigo 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

A Constituição de 1988, na área da Saúde, de fato, descentralizou o poder decisório. Situação bem diferente ocorreu com a descentralização dos tributos. Os municípios brasileiros, que no período de 1964/1988 detinham 15% dos recursos nacionais, após a promulgação da Constituição de 1988 saltaram para 22,75% (FERNANDES DA SILVA, 2002 pg 106). Apesar do salto, esse percentual não significava que o Brasil estaria, de fato, concedendo recursos à administração local compatíveis com o volume das tarefas delegadas à instância municipal. Na maioria dos países desenvolvidos, o repasse para os municípios é sempre maior que 30% dos recursos nacionais, apesar da maior parte desses países serem

unitários e não federativos. Nesse aspecto vale lembrar exemplos significativos como o da Suécia que destina 68% dos recursos tributários para gastos localmente determinados (WORLD BANK, 2001).

Os municípios brasileiros alcançaram com a Constituição de 1988 uma tríplice autonomia, política, administrativa e financeira (MEIRELLES, 1990). Do ponto de vista da técnica legislativa, de fato, os municípios conquistaram plena autonomia política para eleger o poder Executivo e Legislativo municipal e legislar sobre os temas de âmbito local. A autonomia administrativa obtida permitiu também o pleno poder decisório para o ordenamento dos serviços públicos locais. A autonomia financeira permitiu a implantação de alguns impostos, definição de alíquotas de outros e liberdade significativa para aplicação das rendas municipais cumpridas, obviamente, as determinações da Lei de Responsabilidade Fiscal. É obrigatório lembrar, porém, que mais de 40% dos 5.506 municípios brasileiros tem menos de 10 mil habitantes e mais da metade não arrecada o suficiente para quitar as despesas do poder Executivo e Legislativo locais. Em mais de dois mil dos municípios brasileiros não se arrecadam impostos federais por diferentes razões, inclusive pela inexistência de fator gerador (MENDES, 1998).

Não é possível deslocar o forte espírito de descentralização vigente na Constituição de 1988 do momento histórico de sua elaboração e promulgação. Os excessos centralizadores do período posterior a 1964 geraram fortes pressões descentralizadoras. Os profissionais de

saúde, muito mais que os da educação, por exemplo, tinham acumulado um patrimônio de contestação à idéia de centralização e, quando a Constituição de 1988 foi elaborada, esse patrimônio se transformou em um grupo de pressão organizado. O SUS é o produto melhor elaborado desse democrático processo de enfrentamento dos excessos da centralização. Do mesmo modo, convém não esquecer que nesse momento, se articulou, também, a reação organizada da burocracia federal, dona de uma eficiente história de centralização de recursos públicos, muito anterior aos excessos do período de 1964 a 1988. E o SUS também foi a vítima predileta dessa reação organizada da instância burocrática federal.

As decisões operacionais sobre a saúde pública dos brasileiros foram descentralizadas, mas o processo de repasse das verbas para efetivar tais decisões não o foi. É fato que, a partir de 1993, o governo central conseguiu "reforçar a capacidade de indução e controle das mudanças no funcionamento do sistema de saúde pelo nível federal, a partir dos mecanismos de financiamento" (LEVCOVITZ, 1997, apud MISOCZKY, 2003). Apesar das determinações constitucionais, o objetivo do governo central sempre foi o de operar essa política de saúde através de atos administrativos federais sustentados, essencialmente, pela realidade do "orçamento autorizativo". A Norma Operacional Básica (NOB) do SUS de 1993 marca tanto os primeiros passos de uma descentralização administrativa do sistema de saúde, como estabelece formas rígidas de manutenção das estruturas de financiamento em instancia federal.

A Norma Operacional Básica é a portaria do governo federal que define objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização e de relações entre as esferas de governo. Esse dispositivo infralegal possui caráter transitório, podendo ser reeditado ou alterado a qualquer momento. Como o sistema é operado por NOBs “federais” o conceito de descentralização cai em uma espécie de “vácuo decisório” plenamente preenchido pela instância federal porque, enfim, o recurso financeiro, ou melhor a liberação dele, é sempre um ato “de Brasília”. A menção no texto de MISOCSKY (2003) do processo de “esculpir o SUS a golpes de portaria” é bem correta, especialmente, porque esse foi um fenômeno que se iniciou desde a edição da primeira NOB, em janeiro de 1991.

Não há dúvida que a “organização regionalizada e hierarquizada da rede de serviços”, como determina a Lei Orgânica da Saúde, exige a prática constante da negociação entre as esferas de governo porque o Brasil é uma Federação. No que se refere à política de saúde, as características próprias da ordem federativa brasileira foram utilizadas para acelerar o processo de municipalização do atendimento de saúde. Esse processo ocorreu junto a um fenômeno de impressionante migração urbana. As cidades médias cresceram nos anos 90, tanto em expansão demográfica como em multiplicação de oferta de trabalho, pelas mudanças no mapa do emprego no País. (POCHMANN, 2001). Além disso, nos grotões do Brasil, o meio rural “misturou-se” a minúsculos núcleos urbanos, com a renda e profissão do indivíduo ainda vinculada ao campo e sua sobrevivência como

cidadão vinculada a paupérrimos núcleos urbanos, provocando dura controvérsia sobre o perfil dessa urbanização (VEIGA, 2003). Desde 1988, multiplicaram-se municípios com o País alcançando 1.406 novas cidades; em dezembro de 2000, 98% do total de municípios brasileiros, de formação recente ou não, aceitaram a tarefa de “gerir” a oferta de saúde, tanto no plano de atenção básica, como epidemiológico e até, em certos casos, no atendimento de média complexidade.

O resultado desse processo de municipalização a toque de caixa já foi constatado pelo Censo da Saúde do IBGE de 2000 quando 92% dos 32.962 estabelecimentos públicos de saúde no País já eram de responsabilidade dos municípios. O mesmo Censo mostrou que as prefeituras já arcavam com a gestão de 69% de hospitais, clínicas e postos de atendimento ambulatorial (NUNES LEAL, 2000). Como mais da metade dos municípios brasileiros não arrecada sequer o suficiente para quitar as despesas do poder Executivo e Legislativo locais não é difícil imaginar tanto o grau de carência operacional que acompanha essa efetiva municipalização do atendimento, como o grau de importância da “tutela” do repasse orçamentário federal.

Outras formas de gerência do ambiente SUS

Em valores absolutos, os números do SUS são especialmente relevantes. Em 2003 o orçamento do sistema alcançou R$ 30,05 bilhões. Esses recursos permitiram, nesse ano, a realização de 1,1 bilhão de procedimentos de atenção básica, 251 milhões de exames

laboratoriais, 2,6 milhões de partos, 83 mil cirurgias cardíacas, 23,4 mil transplantes de órgãos. Procedimentos de prevenção epidemiológica e a extensa e eficaz rede de vacinação nacional também são responsabilidade do sistema. Em outubro de 2003, o Ministério da Saúde estimava que os gastos com saúde pública por intermédio do SUS alcançavam pouco mais de R$ 200,00 ao ano por habitante no País (SANT'ANNA, 2003). A exigüidade de recursos destinados à saúde está na origem de boa parte dos problemas do SUS. Porém, por outro lado, graves defasagens de padrão gerencial também explicam as crises de eficiência do sistema.

Desde a NOB de 1993 o SUS convive com dois instrumentos de gestão. O primeiro deles é o que estabelece o subsídio à demanda, através de um sistema de pré-pagamento *per capta*. O segundo mantém o tradicional sistema de manutenção do subsídio à oferta por meio da célebre remuneração por produção. Rigorosamente, esses dois instrumentos de gestão estabeleceram uma divisão operacional: no primeiro ficou a responsabilidade com a atenção básica e a média complexidade; no segundo ficou a referência ambulatorial e hospitalar. Na prática, a atenção básica reteve o papel de subsistema de entrada e controle adotando o sistema inovador de pré-pagamento, enquanto o outro subsistema, que inclui o atendimento de maior complexidade e ambulatorial, manteve a tradicional remuneração por serviço prestado.

Na última década esses dois instrumentos de gestão tiveram uma história de relacionamento com a burocracia do Estado e com as formas de repasse orçamentários bem diferenciadas. O subsistema

por pré-pagamento foi redimensionado pela NOB de 1996, que trataremos a seguir, e foi prioritariamente nesse subsistema que as experiências de municipalização da saúde, corretas ou incorretas, ocorreram. O subsistema de pagamento por produção permanece à espera de atitudes gerenciais renovadoras entre as quais, por exemplo, o cartão eletrônico. Apesar de sua importância, a implantação do cartão não avança. Sequer a lógica de mercado, elemento essencial do *mix*, corretamente lembrado por Misoczky, para a modernização do sistema de pagamento por serviço prestado, avança pressionada pela sobrevivência de certas práticas de monopólio na escolha dos prestadores de serviço.

O subsistema de pré pagamento

A NOB/SUS/96, editada em novembro daquele ano, previa duas formas de gestão para o subsistema por pré-pagamento: a gestão plena de atenção básica e a plena do sistema de saúde, que substituiriam todas as disposições anteriores. Para a gestão plena de atenção básica cabia ao município elaborar a programação municipal dos serviços básicos, gerenciar as unidades laboratoriais próprias, prestar ou acompanhar os serviços relacionados à atenção básica e executar as ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica. Era obrigatório comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, operar o Fundo Municipal de Saúde e ter um Plano Municipal de Saúde. Satisfeitas tais condições, os benefícios alcançados incluíam a obtenção das transferências diretas dos recursos federais

ao município, bem como o de ter as unidades básicas de saúde no território do município, estatais ou privadas, subordinadas à gestão municipal.

À gestão plena do sistema municipal cabia elaborar a programação municipal dos serviços básicos, especializados e hospitalares, gerenciar unidades laboratoriais e hospitalares próprias, garantir prestação de serviço até mesmo aos não residentes, conforme a programação pactuada e integrada (PPI), exercer o controle público nos serviços ambulatoriais e hospitalares e as ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Os requisitos incluíam o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde. As prerrogativas eram a de obter as transferências dos recursos federais e, principalmente, a de ter o conjunto das unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares de seu território - até mesmo as privadas contratadas pelo SUS - subordinadas à gestão municipal. (MINISTÉRIO da SAÚDE, 1996)

O processo de municipalização da saúde se consolida a partir da NOB/SUS de novembro de 1996, que considera o município o “responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território”. O texto de Silvio Fernandes da Silva (2002) observa, com razão, que partir da NOB/96 o “processo de municipalização expande-se rapidamente”, e em dezembro de 2000, 98% dos municípios estavam habilitados à gestão plena de atenção básica.

A descentralização da gestão de saúde sofreu, no entanto, uma solução de continuidade com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2001. Essa decisão confirma plenamente a observação de que o SUS foi “esculpido a golpes de portaria” pois, a NOAS/SUS/01 tinha como objetivo “ampliar as responsabilidades dos municípios na atenção básica”, mas, efetivamente, aumenta as responsabilidades (e o poder!) das Secretarias Estaduais de Saúde na gestão do SUS no que diz respeito aos subsistemas de pré-pagamento.

A NOAS/SUS/01 determina que cabe às secretarias estaduais de saúde elaborar o Plano Diretor de Regionalização para garantir acesso ao cidadão, o mais próximo possível à residência de um “conjunto mínimo de ações e serviços” estabelecendo também o compromisso entre os municípios para o atendimento de referências intermunicipais. O Plano Diretor de regionalização obedece alguns pontos básicos como o de “Módulos Assistenciais”, que representam um conjunto de municípios que atuam referenciados a um “município sede” que está apto a oferecer um elenco de serviços de média complexidade. Há um município-polo que atende os demais do módulo em qualquer nível de atenção. Os módulos constituem Regiões e Micro Regiões de Saúde conforme as suas possibilidades de atendimento. A operacionalização da regionalização pertence às Secretarias Estaduais de Saúde a quem cabe coordenar todas as mudanças (MINISTÉRIO da SAÚDE, 2001).

A autonomia municipal na gestão de saúde, obviamente, acaba reduzida com essa forma de regionalização. Quando a ela se soma a

centralização real do orçamento autorizativo da União, a autonomia do município na gestão de saúde se reduz a uma frase eloqüente em que a retórica passa a ocupar quase todo o espaço da realidade. Não há dúvida que o artigo 198 da Constituição Federal é suficientemente preciso quanto a que as ações e serviços de saúde “integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”; ora, a regionalização e a hierarquização desse sistema avançou, mas, o que tudo indica, é que a idéia de rede - base de qualquer sistema operacional descentralizado, não só de saúde - avançou muito pouco.

Fluxos de recursos e novos padrões operacionais

O processo de estabelecimento de modalidades de gerência que permita a gestão em rede do SUS depende da superação de alguns “gargalos” operacionais e financeiros do sistema. Entre os gargalos operacionais é preciso lembrar o difícil percurso cumprido pela idéia do “cartão eletrônico” no SUS; desde a experiência na cidade de São José dos Campos, no interior do Estado de São Paulo, iniciada em 2000, o cartão eletrônico que permitiria a plena informatização dos serviços prestados aos usuários do SUS, é uma promessa não cumprida. Em junho de 2001, a partir dos resultados obtidos na experiência de São José dos Campos, onde 51 unidades de saúde pública foram integradas em uma mesma base de dados, o Ministério da Saúde prometeu integração semelhante, em um projeto piloto, das unidades de saúde de 44 municípios brasileiros. Nessa mesma oportunidade, o Ministério reiterou à imprensa que “dentro de um ano”

2 mil municípios com mais de 15 mil habitantes, estariam integrados à rede eletrônica do SUS (O ESTADO de S. PAULO, 2002). Há notícias esparsas de experiências semelhantes à de São José dos Campos, ao longo de 2003, em alguns Estados do Sudeste, mas não há confirmação de uma ampliação da base de dados integrando mais de um município.

Em 2001, quando o Ministério da Saúde apresentou plano de expansão do cartão eletrônico, o sistema seria financiado pelo repasse de recursos do Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações, FUST. Esse fundo é formado por 1% da receita das operadoras de telefonia fixa no País e começou a ser recolhido desde janeiro de 2001. Os recursos seriam usados na compra e manutenção de linhas de telefone e demais equipamentos necessários à transmissão de dados dos postos de saúde integrados à rede. A contribuição do FUST foi recolhida pelas empresas, mas não chegou ao orçamento do Ministério da Saúde. O recurso que permitiria a implantação do cartão eletrônico era uma verba “carimbada” mas, apesar dessa expressa garantia, não alcançou a receita da Saúde.

Destino diferente, no entanto, poderá ter a proposta de junho de 2004, referente à revisão da Emenda Constitucional número 29 que determinou orçamento mínimo vinculado para a Saúde nas instâncias municipal, estadual e federal. O movimento de adesão dos prefeitos aos planos de atenção básica se deveu à segurança que a Emenda dava aos prefeitos quanto à perenidade no fluxo de recursos. As autoridades municipais viram nessa determinação constitucional a

garantia para aceitar a “descentralização” sem o fundado receio de que “no próximo ano” ocorresse retração brusca no repasse de verbas do Orçamento Nacional, deixando-os com as responsabilidades da saúde básica no plano municipal e sem os recursos da esfera federal. Se ocorrer a revisão da Emenda Constitucional número 29, o prejuízo maior incidirá sobre essa reserva de credibilidade que impulsiona a autoridade municipal a colaborar com a “descentralização” do sistema de saúde.

Referências Bibliográficas

BUENO, W. S. e MEHRY E. E., *Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?* in http://www.datasus.gov.br/cns

CHORNY, A. H., El enfoque estratégico para el desarrolo de recursos humanos, Educ Med Salud 24 (1), 1990.

DIAMANTE, F., Metade da frota de carros de São Paulo é fantasma in *O Estado de São Paulo*, edição de 27 de abril de 2004.

FERNANDES da SILVA, S., *Municipalização da Saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*, São Paulo, Hucitec, 2001.

FINANCIAL TIMES, *The rising cost of healthcare – International comparison can help restrain it ,* editorial, edição de 19/20 de junho de 2004.

GÓES, F., Desvinculação de receitas daria margem ao governo, in *Valor Econômico*, edição de 23 de julho de 2004, pg. A 7.

LEVCOVITZ, E., *Transição versus consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da política nacional de Saúde* , Tese de Doutorado do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

MENDES, E. V., *A organização da Saúde no nível local*, São Paulo, Hucitec, 1998.

MINAYO, M. C. S., "Sobre a complexidade de implementação do SUS", Prefácio, in SILVA, F. S. *Municipalização da Saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*, São Paulo, Hucitec, 2001

MINISTÉRIO da SAÚDE (1996) Portaria 2.203, publicada no *Diário Oficial da União* em 6 de novembro de 1996.

MINISTÉRIO da SAÚDE (2000), in *Situação Atual do processo de habilitação.* Disponível em http://www.saude.gov.br/decen/habilita.htm data do link 20/09/2000.

MINISTÉRIO da SAÚDE (2001), Portaria 95, publicada no *Diário Oficial da União* em 26 de janeiro de 2001.

MISOCZKY, M.C., "Redes e Hierarquias: uma reflexão sobre arranjos de gestão na busca da eqüidade em Saúde", in *Revista de Administração Pública*, vol. 37, n 2, 2003.

NUNES LEAL, L., Censo revela queda na oferta de leito hospitalar in *O ESTADO DE SÃO PAULO*, edição de 7 de outubro de 2000.

O ESTADO DE SÃO PAULO, (2002) A Informatização do SUS, editorial, edição de 2 de junho de 2002.

POCHMANN, M., *O trabalho sob fogo cruzado*, São Paulo, Contexto 2001.

SANT'ANNA, L., Sofisticação e Precariedade convivem no SUS in O ESTADO de SÃO PAULO, edição de 29 de junho de 2003.

VEIGA, J. E., *Cidades Imaginárias: o Brasil é menos urbano do que se calcula*, São Paulo, Edusp, 2003.

WORLD BANK, *World Development Indicators*, Washington, The International Bank for Reconstrution and Development, 2001.

III – Saúde suplementar: fontes pagadoras, prestadores de saúde e regulamentação.

10 - As Cooperativas Médicas no Brasil.

Luiz Eduardo Barreto Perez, administrador de empresas, especialização em gestão pela FIA/USP, Gerente Executivo da Unimed do Brasil.

1. Cooperativismo: breve histórico e princípios.

As Cooperativas são definidas como associações de pessoas que voluntariamente se unem para satisfazer aspirações e necessidades econômicas, sociais e culturais comuns, por meio de uma empresa de propriedade comum e democraticamente gerida.[1]

A partir da experiência pioneira de Rochdale, na Inglaterra em 1844, surgem as cooperativas, como resposta e oposição dos trabalhadores da indústria têxtil às formas capitalistas de produção. Os princípios do cooperativismo foram reformulados ao longo do tempo e, segundo Amato Neto[2], mais recentemente na Cidade de Manchester no Reino Unido, em 1995, a Aliança Cooperativista Internacional (ACI) propôs novas modificações e que podem ser apresentadas em sete princípios:

1) adesão voluntária e aberta;
2) gestão democrática por parte dos sócios;
3) participação econômica;
4) autonomia e independência;
5) educação, formação e informação;

---

[1] In: Aliança Cooperativa Internacional, www.ica.coop/ica/pt , em 09.03.2006

[2] Neto, João Amato. As Cooperativas de Trabalho de produção. Artigo publicado pelo Professor do Departamento de Engenharia de Produção da Poli-USP em 09/10/2000. In www.empresario.com.br/artigos-html/artigo_091000.html - em 10/03/2006.

6) cooperação entre cooperativas, e
7) interesse pela comunidade.

No Brasil, o histórico cooperativista se dá no final do séc.XIX, e as pioneiras foram as cooperativas dos empregados da Cia Telefônica de Limeira (SP) em 1891, a Cooperativa Militar de Consumo no Rio de Janeiro, em 1894, e a Cooperativa de Consumo de Camaragibe (PE), em 1895. Nos anos seguintes, a partir de 1900 surgem as cooperativas de produção de café e algodão e de laticínios, em Minas Gerais.

Com a expansão das cooperativas sentiu-se a necessidade da criação de entidades que passassem a congregar e defender os interesses de diversas cooperativas. Entre essas entidades cabe destacar a Organização das Cooperativas Brasileiras – OCB, como representante legal do sistema cooperativo nacional, criada em 1971.

A OCB estimava no ano de 2000 a presença de 6 milhões de cooperados no Brasil, cerca de 3% da população. No mundo, segundo a Aliança cooperativista Internacional (ACI), no mesmo ano, havia 800 milhões de cooperados.

2. O campo da Saúde Suplementar no Brasil e o Cooperativismo

O campo da Saúde Suplementar no Brasil, segundo a ANS[3] em novembro/2005, congregava 2.129 operadoras de assistência médica-hospitalar e 35 milhões de beneficiários.

O IBGE, em 2003[4], estimava que 20% da população brasileira possuía plano de saúde, o equivalente a 34 milhões de brasileiros. Pesquisas Nacionais realizadas

[3]Relatório ANS -Informações sobre beneficiários e operadoras e planos. Ed. Novembro 2005
[4] Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD IBGE 2003, publicada em maio /2005

pelo Datafolha, junto a população com 18 anos ou mais, indicam que a posse relativa de planos de saúde no país vem diminuindo consideravelmente: 35% da população possuía plano em 2003, 33% em 2004 e 25% em 2005.

Os dados oficiais e dos institutos de pesquisas revelam um mercado que está diminuindo em número de usuários, cada vez mais competitivo e concentrado em poucas operadoras. Esse é o cenário principal em que os atores se relacionam e exercem suas influências.

Os atores desse campo complexo, o da saúde suplementar são: as operadoras, que podem ser subdividias em medicinas de grupo, seguradoras, filantropias, de autogestão e as cooperativas; os prestadores de serviços, que incluem, principalmente, os hospitais, os laboratórios de diagnoses e os fornecedores de materiais e medicamentos; a classe médica; os beneficiários ou usuários dos planos de saúde; o governo, por meio da prestação do serviço público de saúde e da agência reguladora (ANS) e as respectivas entidades de classe que congregam esses atores.

Os fatos históricos relevantes, segundo Vilarinho[5], que melhor contextualizam as influências de poder entre os atores do campo de saúde suplementar, e o surgimento do cooperativismo médico no Brasil foram vários.

1) O processo de industrialização do país, nos anos 50, e o ingresso de empresas estrangeiras que contrataram assistência privada para seus empregados e dessa forma propagaram e estimularam a iniciativa de organizações de prestação de serviços privados de saúde.

---

[5] VILARINHO, Paulo Ferreira. Formação do Campo da Saúde Suplementar no Brasil, Dissertação de Mestrado apresentada a Fundação Getúlio Vargas, em janeiro 2003

2) A viabilidade de contratação de empresas médicas para a implementação de programas e projetos de responsabilidade do Estado, com a criação de Decreto - lei instituído pelo governo militar de 1964.

3) A recessão dos anos 80 fez com que as organizações médico-hospitalares que souberam administrar com sucesso a fase de parceria com o Estado migraram suas estratégia, recursos gerenciais e a estrutura de atendimento para os consumidores privados, individuais e empresariais.

4) A criação do SUS, em 1988, que descentralizou o financiamento da prestação dos serviços médicos, e favoreceu que as empresas médicas também passassem a vender serviços para a rede pública de assistência á saúde.

5) A regulação do setor, resultando na lei 9.656/98 e criação da ANS, que representa a intervenção direta do Estado no meio privado de assistência à saúde, com vistas à garantia do equilíbrio e solvência econômica do mercado e dos direitos dos consumidores de planos privados de saúde, afetando profundamente as relações de poder e o equilíbrio das forças atuantes no setor de saúde suplementar,

O impulso do cooperativismo na área de saúde reflete as relações de poder entre três importantes atores desse contexto: a chamada classe médica, o Estado e as já instituídas empresas prestadoras de serviços de plano de saúde, na década de 70.

A classe médica, percebendo a força e crescimento das empresas prestadoras de serviços médicos (inúmeras provenientes do setor financeiro), que acabou por restringir a atividade liberal da profissão soube se organizar tanto na

forma de operadoras de planos de saúde, como em cooperativas, e com o respaldo e fortalecimento das respectivas entidades de classes OCB (organização das cooperativas brasileiras), CFM (conselho federal de medicina) e CRMs (Conselhos Regionais de Medicina), com o intuito principal de defender uma posição mais justa e equilibrada para o trabalho e para a remuneração do médico. O cooperativismo médico surge como uma opção de medicina menos “mercantilizada” e que valorize o interesse dos médicos e dos seus associados, bem como a ética e respeito aos usuários, sem o objetivo do lucro.

Com essa mentalidade de oposição à ameaça de controle do trabalho médico por terceiros, em 1967, na Cidade de Santos, no litoral de São Paulo, dirigentes de sindicatos médicos criaram a primeira Cooperativa Unimed, que segundo a Aliança Cooperativista Internacional (ACI) é um marco do cooperativismo no Brasil e no Mundo.

Os mais recentes números oficiais da Agência Reguladora [6] (ANS), de novembro de 2005, revelam a importância do segmento cooperativista na área de saúde no Brasil e, portanto, do seu principal representante – As Unimeds: as cooperativas médicas são responsáveis por 34% da receita anual do setor de saúde suplementar (11 bilhões de Reais relativo ao total do setor de R$ 30 bilhões), contam com 31% do total de beneficiários dos planos de saúde privados e representam 24% das operadoras ativas no país.

O sistema Unimed conta em março de 2006 com 4 Confederações, 339 Cooperativas e 34 Federações distribuídas em cerca de 4.800 municípios Brasileiros. São 99.399 médicos cooperados à Unimed, em todo o país, e 12 milhões de usuários dos planos de saúde comercializados pelas Unimeds. A Unimed

---

[6] Relatório de Informações sobre Beneficiários e Operadoras de Planos de Saúde (Novembro 2005)

é, atualmente, o maior plano de saúde do país, com 33% de participação do mercado nacional.[7]

A presença cooperativista na área de saúde tem se mostrado, no Brasil e em outros países, como um modelo importante e indispensável para viabilizar, ou “complementar” o sistema público de saúde, assim como promover uma atenção assistencial de qualidade aos cidadãos.

3. A Gestão das Cooperativas Médicas

A administração da cooperativa médica é pautada pelo princípio cooperativista, que não visa o lucro. Dessa forma, prevê a distribuição da renda obtida pela empresa entre os médicos cooperados, descontando os gastos assistenciais, os impostos e as despesas administrativas.

Filosoficamente e de acordo com a doutrina do cooperativismo, gerar as melhores condições de trabalho para o médico, com o mais adequado atendimento ao usuário, permitindo uma justa remuneração ao profissional e garantindo a característica liberal da profissão é o objetivo maior da cooperativa médica.

Do ponto de vista concorrencial e de mercado, a cooperativa necessita ter produtos competitivos (planos de saúde), no tocante a benefícios oferecidos e preços de mercado, em relação às demais operadoras e seguradoras que atuam no segmento.

A garantia da melhor remuneração e condições de trabalho ao Cooperado é viabilizada obtendo a melhor relação entre os benefícios prestados aos usuários e os custos assistenciais, comerciais e administrativos da operação.

[7] Pesquisa Nacional realizada pelo Instituto de Pesquisas Datafolha, em outubro de 2005.

A análise de formação de preço dos produtos de planos de saúde merece destaque em três aspectos:

1) o preço do plano de saúde tem que ser adequado à realidade que o mercado (usuários e potenciais usuários) pode pagar e deseja demandar;
2) a formação de preço inclui um cálculo atuarial, com base nos custos assistenciais previstos, os riscos e a probabilidade de ocorrência ou prevalência da doença na população e/ou na massa de usuários; as novas tecnologias, que surgem com uma rapidez impressionante e em muitos casos demonstram um avanço na medicina e no tratamento de doenças, têm um custo não contemplado na formação dos preços dos planos de saúde;
3) os aspectos contratuais da cobertura da assistência, assim como o reajuste anual de preços dos contratos dos usuários pessoa-física, são determinados e controladas pela Agência reguladora do Setor (ANS), fato que impossibilita as operadoras de, a qualquer tempo, modificarem seus preços em função da "inflação" específica da área de saúde.

Na área de saúde suplementar, cerca de 78% a 80%[8] do valor do montante do que se recebe de contra-prestações, ou podemos dizer do que é proveniente das "mensalidades" pagas pelos usuários dos planos de saúde, são revertidos em gastos assistenciais com a massa de usuários.

[8] Estimativa da Unimed do Brasil com base nos dados fornecidos pelas operadoras a ANS

Isto é, de cada R$ 100,00 que a cooperativa, operadora ou seguradora recebe, cerca de R$ 78,00 a 80,00 são gastos no pagamento de consultas e honorários médicos, dos gastos hospitalares, com exames de diagnoses e terapias e materiais e de medicamentos utilizados por seus usuários.

Os restantes 12 a 20% do total de recebimentos das contraprestações são destinados às despesas administrativas, de comercialização, impostos e investimentos no caso das cooperativas, ou lucros no caso das empresas com este fim.

A administração da sinistralidade das operadoras, isto é a relação entre os gastos assistenciais e os montantes recebidos como contraprestações, é a prioridade para a sobrevivência e manutenção das organizações do setor, não só para as cooperativas, mas para qualquer tipo de operadora de planos medico-hospitalares, inclusive as filantrópicas e de auto-gestão[9] .

Em função das limitações legais para o reajuste de contraprestações, ou para a adequação na oferta de produtos, as ações para diminuição da sinistralidade têm o foco na redução dos gastos assistenciais e, para tanto, é necessário conhecer a origem e formação dos custos relativos à assistência.

Os valores proporcionais médios dos gastos das operadoras com a assistência à saúde dos usuários, segundo estudos realizados por Stancioli[10] e atualizados pela Unimed do Brasil, apresentam a seguinte composição:

a) 30% são gastos com exames de diagnoses;

b) 20% são gastos em materiais (órteses, próteses e materiais especiais) e medicamentos;

[9] Tipo de operadora, sem fins lucrativos, que a própria empresa institui e administra para os funcionários

[10] Citando ABRASPE, em Dissertação de Mestrado “Incentivo e Risco Moral nos Planos de Saúde no Brasil” defendida da Universidade de São Paulo (2002).

c) 18% são gastos com honorários médicos hospitalares;

d) 15% com pagamento de consultas médicas em consultório;

e) 12% com pagamentos de diárias e taxas hospitalares.

Essa realidade tem nos servido como o parâmetro para a implementação de ações nas cooperativas com o objetivo de diminuir a sinistralidade do segmento. No entanto, qualquer ação nesse sentido deve ser fruto de ampla discussão e negociação com os outros atores deste campo e que têm interesses, conflitantes em alguns aspectos, comprometidos com a existência e sobrevivência das operadoras.

Descreve-se nos tópicos seguintes as ações que integram parte das principais diretrizes adotadas pela Unimed do Brasil.

4. Ações das Cooperativas no Campo da Saúde Suplementar

A Unimed do Brasil, a Confederação das Cooperativas Médicas, é a responsável pela representação política das cooperativas junto aos públicos de relacionamento, e pela defesa da marca Unimed, é um patrimônio inquestionável. Entre as ações de fortalecimento da marca, destaca-se o papel da Confederação no desenvolvimento das diretrizes de responsabilidade social do sistema.

A Confederação tem desenvolvido ações que vão ao encontro das necessidades de valorização do médico cooperado, da satisfação do usuário e do relacionamento de qualidade com fornecedores e prestadores de serviços nas áreas médicas hospitalares.

Mesmo com as dificuldades impostas pela legislação, de formatação de novos produtos e de reajustes de preços, a Unimed do Brasil reconhece a importância no papel regulador da agência para a manutenção e equilíbrio do setor de saúde

suplementar, e mantendo o diálogo com seus interlocutores, representando o segmento cooperativista.

Os usuários, e clientes das Unimeds, tanto empresas como clientes pessoa-física, contam com programas de medicina preventiva, cujo cerne está na promoção da saúde e no evitar a doença, fugindo do modelo puramente assistencial. Este modelo, além de oneroso para o sistema, não mais atende às expectativas dos clientes, de uma atenção integral á saúde.

Junto aos prestadores e fornecedores, a Unimed do Brasil tem promovido reuniões com as entidades de especialidades médicas para a padronização de procedimentos médicos e da utilização de produtos oriundos de novas tecnologias, tanto exames como medicamentos, a fim de compatibilizar o avanço na qualidade de vida dos usuários com os custos dessa assistência. Também uma política de compra conjunta e de leilões eletrônicos tem sido disseminada no sistema Unimed para maximizar o potencial de compra de um conjunto de cooperativas em favor de propostas mais atraentes dos fornecedores.

Para os médicos, os cooperados e dirigentes gozam de autonomia na gestão das suas cooperativas, e este é um diferencial de sucesso das Unimeds. O conhecimento regional, a experiência e a autonomia para decisões da administração do negócio têm colaborado para o crescimento do sistema Unimed.

Ainda para o médico cooperado, além de ações visando o aumento da remuneração (demanda atual das entidades mais representativas do setor , a AMB e o CFM), a Unimed, por meio de sua fundação, tem oferecido educação continuada, não só na área médica mas também nas áreas de gestão e de negócios aos cooperados.

Por meio de encontros regionais e nacionais a Unimed do Brasil faz com que se realize um dos princípios fundamentais do cooperativismo: a troca de experiências e a promoção da cooperação e da informação entre as cooperativas.

Retomando nossas linhas iniciais, o leitor perceberá que estamos nos empenhando, com erros e acertos, posto que não há sistema perfeito, no cumprimento dos sete princípios mais importantes da doutrina cooperativista, aplicados ao setor de saúde suplementar. É tarefa que exige cooperação e integração de todos os atores e, espera-se que, pelo menos em parte, todos tenham os seus objetivos alcançados e que exista o contínuo interesse na perenidade dos relacionamentos e das instituições.

Referências Bibliográficas:

ALIANÇA COOPERATIVA INTERNACIONAL, www.ica.coop/ica/pt , em 09.03.2006

ANGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Relatório de Informações sobre Beneficiários e Operadoras de Planos de Saúde. 2005.

IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, (PNAD), 2003, Suplemento de Saúde, Rio de Janeiro, 2005.

NETO, João Amato. As Cooperativas de Trabalho de produção. Artigo publicado pelo Prof. de Engenharia da Poli-USP, São Paulo, 2000.
www.empresario.com.br/artigos-html/artigo_091000.html - em 10/03/2006.

STANCIOLI, Luiz. Incentivo e Risco Moral nos Planos de Saúde no Brasil. Dissertação de Mestrado defendida na Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

UNIMED DO BRASIL - O Mercado de Saúde no Brasil. Pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisas Datafolha. São Paulo, 2005.

VILARINHO, Paulo Ferreira. Formação do Campo da Saúde Suplementar no Brasil, Dissertação de Mestrado apresentada a Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro,2003

11 - Planos de Saúde – Ontem, Hoje e ... Talvez

Pedro Fázio, economista, consultor de operadoras planos de saúde, de foi executivo na em seguradoras.

A assistência privada tem por principio, desde seu primeiro desenho ser complemento ou diferencial a modelos sustentados pelo Estado. Entenda-se assistência em seu sentido amplo, não exclusivamente na atenção à saúde.

A evolução da assistência privada não foi uniforme. Os diversos serviços trilharam diferentes caminhos. Tomando por base o tripé social, educação, saúde e previdência facilmente serão percebidos os diferentes rumos da legislação e das atividades em si.

A atividade privada de assistência à saúde tem seu inicio na forma de “benefício”, seja decorrente da relação de emprego ou de associativismo. As primeiras atividades organizadas são registradas nos anos 60/70, com expressivo crescimento com a industrialização. Pode ser considerado como marco o período da instalação da indústria automotiva (montadoras).

Com a natural organização das atividades, houve a evolução do assistencialismo para “produto”, na previdência, educação e saúde. Passaram a fazer parte do mercado, com todas as suas características inclusive de concorrência.

Enquanto a sociedade brasileira definiu regras de pacifica convivência entre o público e privado em educação e previdência (segmento privado em excepcional crescimento), para a assistência à saúde , decorrente de ideologia e radicalismos, a constituição de 1988 assumiu modelo “único”, garantido e financiado pelo Estado.

Ainda que contraditório, considerando ser o sistema de saúde único, a saúde suplementar/privada passa a ser regulada e regulamentada com a Lei 9.656 de 1998. Passando a observar resoluções de novos organismos : CONSU – Conselho Nacional de Saúde Suplementar (multi ministerial) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (alinhada ao Ministério da Saúde).(www.saude.ans.gov.br)

Os instrumentos de regulamentação e regulação com foco nas operadoras promoveram benefícios sobre o mercado de planos de saúde, até então desprovido de regra e monitoramento. Especialmente pelo aproveitamento dos conceitos e princípios da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP aplicados no setor de seguro, inclusive seguro saúde. (www.susep.org.br)

Contudo, o conjunto de ações regulatórias, sobre produtos, reajustes e aspectos comerciais tem demonstrado equívoco ao desconsiderar a atividade como livre iniciativa.

A repercussão sobre o tema plano de saúde beira a ação terrorismo. A complexidade que o envolve é traduzida para a população em campo de batalha com os eventos de greves, falência de empresas, medidas judiciais, inflamada (e exagerada) defesa na esfera extra judicial. Sob a ameaça da insolvência do sistema, prometida ora pelo crescimento dos custos, ora pela incapacidade financeira do consumidor. A cada nova discussão armam-se trincheiras e barricadas sob a bandeira da “hiposuficiência” do cidadão em relação à assistência médica. Como se este não estivesse protegido pelo Sistema Único.

Ainda que os 3 poderes exercitem sobre matéria que sequer procurem entender, o modelo vigente mantém seu conceito original de “benefício” em expressiva parte dos participantes, pois 75% dos planos e seguros de saúde são patrocinados pela relação de emprego, ou pela solidariedade associativa.

Se tomarmos os dados da agência reguladora, no período de 2003 a 2005 praticamente não houve variação no número de usuários do segmento privado. Em setembro/2005 35.7 milhões de brasileiros enquanto em dezembro/2003 eram 34.2 milhões de usuários cadastrados na ANS. A saúde suplementar, em todos os seus aspectos, apresenta tendência crescente de concentração.

A regulação, ao não respeitar a relação contratual e a premissa de não concorrência, assume medidas equivocadas, que têm como efeito um processo de exclusão de muitos beneficiários, seja pela não adesão do consumidor, seja pela não oferta da operadora.

O segmento suplementar tem tido importante papel na redução dos custos do Estado com o Sistema Único e no avanço de conhecimento e tecnologia na medicina brasileira. O razoável seria o investimento em medidas, estudos e debates para a democratização do direito ao sistema privado, buscando sua expansão, hoje concentrada em 3 estados, nos quais estão 65% dos usuários e 71% dos recursos financeiros – sendo São Paulo o mais representativo com 43% dos usuários e 47% dos recursos financeiros.

Não menos importante é dar atenção para o desenvolvimento da atividade empresarial, gerando emprego e maior competitividade. No cenário atual 48 operadoras respondem por 50% do mercado, a outra metade distribuída entre 1.278 operadoras. A concentração de carteira (quantidade de usuários) é sem dúvida um requisito para a viabilidade de um modelo de mutualismo (solidariedade), mas contemplar o movimento de concentração involuntária que 3 empresas, no universo de mais de 1.300, detenham 12% do mercado, suscita mais para irresponsabilidade que para estratégia. Por concentração involuntária entende-se: na medida em que a concentração não se deu a partir de planejamento estratégico comercial,

examinando o comportamento empresarial é facilmente perceptível a não motivação dos investidores. Esta concentração em nada tem a ver com a medicina, mas sim com o modelo econômico e com a segurança dos agentes de mercado. Qualquer insucesso em setor concentrado tem repercussão considerável sobre os investidores, prestadores de serviço (médicos, hospitais, etc.) e particularmente sobre o sistema público, não está aparelhado para acolher a entrada de importantes volumes.

O movimento de concentração já está em curso. Avaliando-se os dados da ANS, o movimento entre as operadoras está se dando das coberturas nacionais para regionais, do maior investimento para menor investimento. Em 4 anos o seguro saúde decresceu 23% e os planos local-regionais cresceram 31%. A seguir quadro com os dados dos 3 setores comerciais com importante representação no mercado:

PARTICIPAÇÃO DO MERCADO -%

	usuários	Financeiro (R$)	*Ratio* financeiro / usuários
Medicina de grupo	47	37	0,70
cooperativas	38	36	0,95
Seguradoras	15	26	1,73

Fonte: fenaseg, 2005.

Esta demonstração não tem função para qualquer conclusão sobre mérito. Simplesmente confirma que o aspecto econômico é determinante, a tendência de concentração no menor investimento. Esta movimentação entre tipos de operadoras reduz o volume de recursos financeiros, ainda que mantido o volume total de usuários / consumidores.

Por imposição da legislação os consumidores estão limitados a escolha entre 3 tipos de produtos, sendo:

PLANO/PRODUTO		COBERTURAS	DIAGNÓSTICO
REFERÊNCIA	OBRIGATÓRIO	CONSULTAS EXAMES PRONTO SOCORRO INTERNAÇÃO	TODOS PREVISTOS NO CÓDIGO INTERNACIONAL
HOSPITALAR	OPCIONAL	PRONTO SOCORRO INTERNAÇÃO	TODOS PREVISTOS NO CÓDIGO INTERNACIONAL
AMBULATORIAL	OPCIONAL	CONSULTAS EXAMES PRONTO SOCORRO PARCIAL	TODOS PREVISTOS NO CÓDIGO INTERNACIONAL

Fonte: ANS, 2005

Talvez, a adoção de posição extrema seja saudável em cenários de absoluto descontrole e evidentes abusos, Que talvez possa justificar a ação do legislador ao implementar a regulamentação rígida. Contudo, sua manutenção, em detrimento da sociedade não é razoável e não pode ser justificativa contra qualquer expressão ou proposta para debate de sua modificação.

O cenário presente dá mostras de risco da atividade. A própria agência reguladora tem dados e informações suficientes sobre a saúde do segmento, tanto assim que ao longo dos anos da vigência da lei ainda não se tem efetivadas as reservas

técnicas das operadoras – mecanismo imprescindível para a modalidade de mutualismo.

Ainda no governo FHC foi apurado que a solvência das operadoras não alcançava 50%, para um mínimo aceitável de 100% (IO – parâmetro técnico da ANS). Não se tem registro de qualquer iniciativa ou evento que possa ter melhorado tal quadro. Pelo contrário, com o decréscimo da participação das seguradoras, que já eram obrigadas a efetivar reserva técnica pela SUSEP, certamente o índice geral piorou. Esta avaliação não tem sido divulgada.

Por estes fatos, a consideração que fazemos é de que há irresponsabilidade em operar na forma atual. Estando sob risco os prestadores de serviço, por eventual não recebimento pelo serviço prestado e na consequentemente, seus empregados e fornecedores. É importante ter presente que o cenário atual é efeito e não causa. Resulta da não observação de princípios básicos como a não retroatividade da lei, respeito ao contrato de boa fé, liberdade de iniciativa e de concorrência, ao agregar despesas em novas coberturas, sem correspondente receita; alterar o principio de correção por mudança de faixa etária, sem observar princípios técnicos atuariais; conceder garantias, judiciais, sobre serviços e produtos não devidos; acrescer taxas e contribuições, sem devida contra partida. Pavimentou-se caminho para o constrangimento da não atratividade de investir e operar no segmento.

É preciso desarmar o “poder” para que se desenhe um plano estratégico de mudança, com clara definição de metas e objetivos, refletidos em contratos de compromisso com a sociedade, com os investidores e com o limite de capacidade de assistência do Sistema Único.

Insistir na manutenção do *status quo* é ratificar o não interesse pela coexistência, pacifica, do público e privado na assistência à saúde; alijar o cidadão de optar em ter

um complemento ou diferencial ao que lhe é assegurado pelo Estado; irresponsável desrespeito para com a contribuição, voluntária, do recurso privado.

Bibliografia

www.saude.ans.gov.br

www.fenaseg.org.br

www.susep.org.br

12 - A medicina diagnóstica no Brasil.

Caio Chimenti Auriemo
Doutor em medicina pela Unifesp, professor do departamento de patologia clínica da UNIFESP, presidente do conselho de administração da Diagnósticos da América S.A.

Luiz Gastão Mange Rosenfeld
Médico, vice-presidente médico da Diagnósticos da América S.A.

O objetivo do presente artigo é fornecer panorama da área de medicina diagnóstica, contribuindo para propiciar aos gestores de saúde uma visão evolutiva do setor, que possa apoiá-los nas decisões.

O conceito de medicina diagnóstica vem sendo adotado na última década em substituição ao termo "serviços auxiliares de diagnóstico e terapêutica" (SADT) ou, somente, SAD. A medicina diagnóstica envolve as atividades de laboratório clínico, hoje chamado de medicina laboratorial pelos patologistas clínicos; a imaginologia, ou medicina por imagem, que engloba a radiologia, ultrassonografia, tomografia, ressonância nuclear magnética e a medicina nuclear; as atividades de cardiologia diagnóstica não invasiva e invasiva; a endoscopia e as inúmeras outras áreas que realizam exames com fins diagnósticos nas diversas especialidades médicas, e até procedimentos terapêuticos baseados em uso de equipamentos ou materiais que exigem estruturas organizadas apoiando a ação do médico.

Em 2006, mais de 70% das decisões médicas estão apoiadas em informações provenientes da medicina diagnóstica. Estas decisões são sempre baseadas na somatória de evidências clínicas, epidemiológicas e laboratoriais e conduzem o médico nos seus diagnósticos, nas decisões terapêuticas, no controle da evolução dos pacientes e nas avaliações e orientações de medicina preventiva.

A utilização de métodos "armados" vem dos primórdios da medicina, mas começou a se desenvolver no final do século XIX com os conhecimentos de química, do microscópio, dos princípios da radiologia e estudos aprofundados da fisiologia e fisiopatologia. Na primeira metade do século XX, houve a instalação dos serviços de laboratórios, de radiologia, cardiologia, entre outros, tendo por foco as especialidades de seus titulares, e onde a *expertise* dos especialistas era o valor adicional aos resultados.

A partir de 1960, começaram a surgir equipamentos automáticos para laboratórios, e principalmente a partir da década de 70, o desenvolvimento da eletrônica e computadores permitiu o surgimento dos novos equipamentos de imagem, cardiologia, métodos gráficos. etc. Na década de 80/90, iniciou-se a automação de processos nos laboratórios, permitindo o processamento de numerosas amostras de sangue com total segurança e confiabilidade de resultados. Em 2006, os equipamentos laboratoriais processam milhares de exames/hora em bioquímica; centenas, em imunologia e hematologia, e todos são interligados com sistemas informatizados de tal forma que, desde a coleta, os tubos são identificados com códigos de barras, até a impressão dos resultados no local onde são entregues ao paciente ou médico, não havendo intervenção humana. A intervenção de especialistas só ocorre se há alarme de descalibração, problemas nos equipamentos ou se o resultado é inesperado para os critérios estabelecidos nos sistemas informatizados.

Ainda existem exames de baixa freqüência, manuais para a alta complexidade, ou ainda de resultados complexos, em que a *expertise* humana é decisiva na qualidade da informação fornecida ao médico. A mesma evolução atinge em diferentes graus todos as outras áreas da medicina diagnóstica.

A habilidade do profissional em calibrar, paciente a paciente, incidência a incidência ,um equipamento de RX e obter as belíssimas imagens de um exame contrastado, foi substituída pelas imagens das tomografias, ressonância e PET’s realizadas por máquinas computadorizadas, e com protocolos rígidos de execução, nas quais o trabalho do médico especialista concentra-se na elaboração de laudos (muitas vezes à distância). Esta situação, por exemplo, acontece na Índia, onde são laudados exames de imagem de muitos centros dos EUA. Estas possibilidades da telemedicina vêm revolucionando a imaginologia, como ocorreu com a medicina laboratorial, nos últimos 15 anos.

A capacidade de execução de exames também vem mudando. Nos serviços tradicionais, nas primeiras tomografias e ressonâncias magnéticas realizavam-se poucos exames (quando não se realizava apenas um exame por hora). Hoje, os equipamentos mais modernos realizam os exames em poucos minutos, a maioria em menos de 10 minutos por paciente. Mesmo os modernos aparelhos de ultrassonografia, fornecem tal nitidez que o tempo necessário para avaliar os órgãos do abdômen se resume a poucos minutos.

Como conseqüência inexorável da evolução tecnológica, o modelo e estrutura dos serviços tiveram que se adaptar às novas realidades. O laboratório, o serviço de radiologia do profissional X e Y criados pelo seu proprietário e com foco na sua especialidade médica foram gradativamente absorvidas por estruturas maiores, com várias unidades de atendimento e voltadas para as necessidades dos clientes. Houve a integração com outras especialidades da medicina diagnóstica, a fim de que o paciente pudesse realizar em um único local todos os exames solicitados por seu médico. A esta mudança de foco do interesse do especialista para a necessidade do cliente soma-se à sinergia de atendimento e estrutura física,

contribuindo para a diminuição dos custos em um mercado de recursos escassos e demanda crescente de procedimentos.

Também a dependência técnica da *expertise* humana foi progressivamente migrando para a dependência de capital, pelo custo crescente dos equipamentos, pela adição de tecnologia e automação. Como conseqüência deste movimento, em todo o mundo, vem ocorrendo a consolidação dos prestadores de serviço na área de medicina diagnóstica, seja através de fusões, incorporações e da própria expansão das organizações já existentes. Soma-se à necessidade de capital a obrigatoriedade de se ocupar a capacidade dos equipamentos com grande volume de exames, condição para a viabilidade econômica da operação.

Várias unidades de atendimento propiciam conforto aos clientes e a captação de grande número de amostras de material biológico para análises, transportáveis de maneira rápida e segura. As imagens, utilizando as ferramentas da telemedicina também são “transportáveis” às centrais, onde são analisados e elaborados os laudos para entrega à distância, por meio dos recursos da tecnologia da comunicação e informação, ou, como é do uso popular, da informática. Com esse modelo se obtém a produtividade necessária dos equipamentos e dos especialistas médicos em cada área de exames.

A qualidade dos resultados também é positivamente influenciada pela quantidade. Diferentemente da afirmação de alguns especialistas ainda defensores do modelo dos serviços individuais artesanais, o Institute of Medicine (www.iom.edu) ligada ao NIH dos Estados Unidos afirmou em 1998: “*Quanto mais testes são realizados, melhor é a sua execução e maiores são a consistência e a precisão dos resultados obtidos*” Tal afirmação corrobora um ditado que valoriza a experiência em medicina: “*Quem faz mais, faz melhor...*” As medições da precisão dos exames, expressas em

coeficiente de variação (CV), ilustram bem o efeito da automação em equipamentos de grande volume. Os CV´s atuais dos exames de bioquímica nesses equipamentos estão em torno de 1%; nos equipamentos automáticos de pequeno porte estão em torno de 3 a 5%, e nos métodos manuais artesanais atingem até 10%.

A abordagem da qualidade evoluiu nas organizações, migrando da simples qualificação de profissional, para métodos de medição continuada da qualidade (controle estatístico do processo). Propiciou também, o registro de análise de causa e solução de problemas isolados, e validação de todo o sistema da qualidade por auditorias independentes especializadas (ISO, CAP, ONA etc). As conseqüências financeiras são positivas, pois a evolução do custo relativo dos procedimentos diagnósticos vem se mostrando abaixo da inflação dos custos médicos em todo o mundo.

A evolução dos conhecimentos médicos, equipamentos e outros meios vem propiciando o crescimento vertiginoso de tipos de exames disponíveis em todas as áreas da medicina diagnóstica. Há cerca de 50 anos, na medicina laboratorial, eram executados 50 a 60 tipos de exames. Há 25, eram realizados cerca de 500, e em 2006 são realizados cerca de 1.500 exames nas rotinas laboratoriais. Além disso, ainda são oferecidos outros 3.000 exames de baixíssima freqüência, também chamados esotéricos, mas de extrema importância para determinados pacientes (deficiências genéticas ou metabólicas raras).

Há 50 anos, no diagnóstico por imagem, havia apenas o raio x. Há 30 anos, teve início o ultrassom; há 20, a tomografia e há 15, a ressonância. A partir de então, novos exames foram dedicados a cada segmento do corpo humano. Nos últimos anos estes mesmos métodos têm evoluído para análises morfológicas, funcionais e até moleculares, que propiciam diagnósticos cada vez mais precisos, substituindo as

chamadas cirurgias exploradoras do passado. A medicina diagnóstica disponibiliza na rotina cerca de 2 a 3 mil tipos de exames; em sua maioria, nos grandes centros de diagnósticos e hospitais; onde são processados localmente ou por meio de sistemas de apoio dos chamados centros de referência. Além do aumento de tipos de exames, também o número de exames realizados aumentou significativamente, trazendo maior segurança nas decisões médicas e no controle da saúde (medicina preventiva).

Apesar deste aumento qualitativo e quantitativo, o custo da medicina diagnóstica para o sistema de saúde não se elevou proporcionalmente, porque a automação e o aumento da produtividade fizeram com que os custos individuais dos exames tivessem uma curva descendente. Por exemplo: um hemograma custava, há 30 anos, cerca de 10 vezes o preço atual, considerando o seu valor em dólares. Não obstante, os benefícios propiciados por toda esta ampla gama de exames de medicina diagnóstica são nítidos, no que respeita ao aumento de sobrevida, nos diagnósticos precoces e precisos, permitindo a cura de doenças anteriormente fatais.

Por características de clientes e modelo de operação, podemos distinguir 3 segmentos principais de atuação da medicina laboratorial:

- segmento ambulatorial, dedicado aos pacientes ambulatoriais saudáveis, ou doentes com processo a esclarecer não graves ou ainda portadores de doenças crônicas;

- segmento hospitalar, atendendo pacientes internados ou em pronto-socorro, em regime de urgência, durante 24 horas por dia e 7 dias por semana;

- segmento de apoio laboratorial, recebe material de outros laboratórios para realização de exames de baixa freqüência (essa atividade concentra os exames raros e assim obtém volume necessário para executá-los com custo e qualidade adequados);

- segmentos especializados, serviços de apoio ou referência que atendem a um grupo específico de exames ou especialidade, normalmente relacionada à uma *expertise* médica;

- segmento auto-teste, atividade crescente com o desenvolvimento de tecnologias de simples operação, que não dependem de formação técnica especializada (são os chamados testes "beira de leito", que podem ser realizados por profissionais de saúde sem formação laboratorial ou pelos próprios pacientes em suas casas).

Estes testes são geralmente de custo mais elevado, mas apresentam as vantagens de resultado imediato e de facilidades para o paciente. Os pacientes crônicos (diabetes) já são beneficiados por esses testes. Na Europa e EUA, é muito intensa a aplicação da tecnologia, e os pacientes em controle de anticoagulantes já se beneficiam da metodologia.

A necessidade dos exames laboratoriais rotineiros exige a disponibilidade de uma ampla rede de atendimento e execução, pois os 50-70 tipos de exames mais freqüentes necessitam de resultados em 24 horas, para propiciar o benefício médico adequado. Todo município pequeno costuma ter pelo menos um laboratório. Os municípios maiores têm inúmeros laboratórios de pequeno e médio porte, e as capitais, além dos pequenos e médios laboratórios, possuem grandes laboratórios com várias unidades de atendimento.

Existem pelo menos 3 redes de laboratórios no Brasil e alguns grandes laboratórios de apoio que servem de suporte aos pequenos laboratórios para complementar o serviço oferecido com alguns exames de baixa freqüência. O CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SUS/ANS) possui registro de 17.700 locais com atividade laboratorial. Estimativas indicam cerca de 12.000 laboratórios, sendo os demais postos de coleta ou laboratórios que desempenham suas atividades dentro de outros estabelecimentos. Dos 12.000, cerca de 10.000 são laboratórios de pequeno porte, atendendo em média 25 pacientes/dia. As estimativas não ultrapassam 50 pacientes/dia. Esses laboratórios, de maneira geral, atendem cerca de 250.000 pacientes/dia e representam cerca da metade do volume total do país, sendo, portanto, ainda o modelo dominante. Na maioria dos países, a situação é similar, mas o caminho para consolidação vem sendo seguido .

Nas outras áreas da medicina diagnóstica que não os Laboratórios, os movimentos de consolidação estão ainda em fase inicial. Em se tratando de exames de imagem, com o avanço da tele-medicina e a grande necessidade de capital, já existem várias empresas de diagnósticos, principalmente nos EUA. O Brasil é um dos pioneiros no que se refere à integração com a medicina laboratorial, modelo que já vem sendo adotado nos EUA e Austrália.

Em síntese, a medicina diagnóstica é uma área de forte crescimento no segmento de saúde, dado o significativo desenvolvimento tecnológico e importância para a qualidade da medicina. A evolução tecnológica e as necessidades de operação a custos reduzidos vêm transformando os modelos organizacionais da medicina diagnóstica. Além disso, a adequação destes modelos às necessidades específicas das organizações de saúde são importantes para disponibilizar os exames com

tecnologia adequada, garantindo qualidade à assistência médica e simultaneamente mantendo a viabilidade econômica.

Bibliografia

ANS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. www.saude.ans.gov.br

INSTITUTE OF MEDICINE / EUA. www.iom.edu

13 - SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE

Fernando J C Lyra Filho – médico, mestre em pediatria, MBA em Economia e Gestão da Saúde pela PUC/SP, executivo de empresas de atenção domiciliar.

Jefferson A T Ladeia - médico, MBA em Economia e Gestão da Saúde pela PUC/SP , executivo de empresas de atenção domiciliar.

Antes do século XX, nos EUA, a Assistência Domiciliária à Saúde era prestada pelos médicos de forma individual, mediante pagamento direto pelo usuário. Na Carolina do Sul, registra–se no século XIX a primeira atuação organizada em Assistência Domiciliária à Saúde, por intermédio da Sociedade Beneficiente de Charleston (DIECKMANN,1997).

Data de 1947 a introdução da primeira manifestação de Assistência Domiciliária à Saúde, no Hospital de Montefiore situado no Bronx, em Nova York, como extensão do hospital *(the hospital–based home care*). Pacientes que ficariam internados por longos períodos no hospital passaram a receber alta antecipada, tendo seu tratamento concluído em casa por equipes especializadas. O conceito gerado por tal iniciativa levantou questões importantes sobre a assistência domiciliária à saúde no processo de alta hospitalar precoce. Nos dias de hoje, essa é uma das atividades mais importantes no modelo de Assistência Domiciliária à Saúde nos EUA (BAIGS, 1997). No Brasil, poucas empresas prestadoras de serviços em Assistência Domiciliária à Saúde estão em consonância com este conceito. A grande maioria tem como enfoque, de maneira prioritária, os pacientes crônicos que demandariam longos períodos de internação hospitalar com atendimento feito por vários profissionais da área de saúde, devido à complexidade dos cuidados de que necessitam.

Quanto à abrangência deste tipo de atendimento, sabe-se que, por volta da metade da década de 1960, nos EUA, havia aproximadamente 1.200 agências de assistência domiciliar à saúde. Na época, o governo americano financiava

esse tipo de assistência principalmente através do *Medicare*, o que impulsionou o mercado para esse tipo de serviço no país (BAIGS,1997).

Em 1987, a organização The National Association of Home Care (NAHC) entrou na justiça contra a Health Care Financing Administration, órgão do governo americano, solicitando mudanças no valor do reembolso para assistência domiciliária à saúde. A vitória judicial da NAHC fez com que houvesse um grande aumento das empresas de assistência domiciliar à saúde naquele país, chegando, em 1999, a 20.215 companhias cobrindo mais de oito milhões de pacientes por ano (http://www.nahc.org/consumer/hcstats.html>).

No Brasil, poucos são os registros da história da assistência domiciliária à saúde. As informações que se têm, baseia-se em discursos das pessoas que de alguma forma participam ou participaram desse processo.

O Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo criou, em 1967, talvez o primeiro serviço de assistência domiciliar à saúde no país, mantendo-o até os dias de hoje, para atender basicamente aos pacientes crônicos. A partir de 1992 começam a aparecer no Brasil várias empresas privadas que prestam serviços em assistência domiciliária à saúde, também chamados de "Home Care". As iniciativas no setor público começam acontecer nesse mesmo período, de forma isolada, principalmente no Estado de São Paulo (MENDES Jr.; 2000).

O crescimento desordenado do setor, sem uma linguagem comum, é uma realidade na prestação de serviços de Home Care. A Associação Brasileira de Empresas de Internação Domiciliar (ABEMID), a Associação Brasileira de Home Health Care (ABRAHHCARE) e o Núcleo Nacional das Empresas de Assistência Domiciliar (NEAD) são instituições que se encontram engajadas na busca da normatização do setor.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) trouxe recentemente contribuições a esta normatização, através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 11, de janeiro de 2006, que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar, nas modalidades de assistência domiciliar e internação domiciliar (ANVISA, 2006).

No cenário da legislação sobre *home care* no Brasil, a lei 10.424 de 15 de abril de 2002 acrescentou capítulo e artigo à lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS).

Por outro lado, na Saúde Suplementar o Projeto de Lei 7147/2002, que procurava alterar a Lei 9656 de 03 de junho de 1998, incluindo os atendimentos ambulatoriais domiciliares e as internações domiciliares entre as exigências de coberturas dos planos de saúde, foi arquivado em 29 de abril de 2005 pela Mesa Diretora da Câmara dos Deputados.

A Assistência Domiciliária à Saúde é a provisão de serviços de saúde às pessoas de qualquer idade em casa ou em outro local não institucional. (DIECKMANN,1997) .

Várias instituições americanas ligadas à assistência domiciliária à saúde, como: Council of Home Health Agencies and Community Health Services, The National Home Care Council, e The National Association of Home Health Agencies, assumiram a definição de Robert Mc Namara: Assistência Domiciliária à Saúde “é um componente de cuidado à saúde, no qual serviços são oferecidos a indivíduos e familiares em seus locais de residência, com o propósito de promover, manter ou restaurar a saúde, ou minimizar os efeitos de doenças e incapacidades” (Mc Namara apud HARRIS, 1997).

The Canadian Home Care Association (CHCA) acredita que: "O Home Care é uma parte integral de um sistema de saúde, que habilita pessoas a moverem-se facilmente pelo sistema num período da vida. O Home Care é um catalizador de transformação do sistema para garantir sua sustentabilidade e resposta, com uma filosofia de habilitar indivíduos e família" (<http://www.hc.sc.gc.ca>).

As definições acima mostram com clareza que a assistência domiciliária à saúde é um componente importante na atenção à saúde. Não se trata apenas de criar um hospital “portátil” e colocá-lo no domicílio do paciente.

As modalidades de atenção, na assistência domiciliária à saúde, estão atreladas às definições dos parâmetros dos programas, conforme a complexidade dos cuidados necessários para cada paciente.

Uma subdivisão da assistência domiciliária à saúde baseia-se em dois tipos de conceitos: Assistência Domiciliária Integrada e Internação Domiciliária

(HUTTEN; KERKSTA, 1996). *Assistência Domiciliária Integrada* é um conjunto de atividades relacionadas à saúde oferecidas aos pacientes em sua residência. *Essa modalidade* de atenção se caracteriza por cuidados domiciliários executados por equipes multiprofissionais, e tem um forte componente preventivo, pois existe um gerenciamento do estado de saúde do paciente. Já *a Internação Domiciliária* é um modelo de assistência cuja principal característica é a transferência do paciente do leito hospitalar para o leito domiciliar. Neste caso, a complexidade do cuidar se torna mais intensa e muitas vezes demanda cuidados de forma contínua.

Outro conceito de modalidade de atenção em assistência domiciliária à saúde é o "hospice". Conforme Hurzeler (HARRIS,1997, p.872) trata–se de um programa destinado a pacientes em fase final da vida, que demandam cuidados paliativos.

Em 1998, o gasto com a saúde, nos Estados Unidos, foi de 1.148 bilhão de dólares, representando cerca de 13,5% do PIB. Somente com o Home Care despendeu-se 3% deste total (aproximadamente 30 milhões). Para o Health Care Financing Administration, os gastos com a saúde crescerão mais rapidamente do que a economia do país (MENDES Jr., 2000).

O Home Care é sempre apresentado como uma estratégia de redução de custos, e pode-se afirmar que a questão econômica é um fator importante no crescimento dessa modalidade de atenção no mundo (MENDES Jr., 2000). Existem na literatura inúmeros trabalhos que demonstram as vantagens econômicas do seu uso (PIGOT; TROTT, 1997; HAGGERTY; STOCKDALE; NAIR, 1991; KORNOWSKI; AVERBUCH; FINKELSTEIN, 1995).

Quando pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica receberam assistência domiciliária à saúde, verificou-se uma economia mensal de até US$ 328.00 por paciente (HAGGERTY; STOCKDALE; NAIR, 1991).

Com assistência domiciliária à saúde, pacientes idosos com insuficiência cardíaca reduziram, em média, três episódios de internação hospitalar/ano. O tempo de permanência, *no hospital,* caiu de 26 para 6 dias/ano (KORNOWSKI; AVERBUCH; FINKELSTEIN, 1995).

No período de janeiro de 1996 a fevereiro de 1998, El Hospital Privado de la Comunidade de Mar del Plata (HPC), com seu serviço de Internação Domiciliária Diferenciada de Agudos, conseguiu redução de 70% dos custos em relação à internação hospitalar. O mesmo estudo mostra que 70% dos custos foram com recursos humanos (ROUBICEK; SALVATORE; KAVKA; WIERSBA, 1999), dados concordantes com os encontrados em nosso meio por LADEIA, que destacou que a variável recursos humanos respondeu por 72,6% e 70,4% do valor das contas avaliadas paciente/dia nas modalidades de atenção Internação Domiciliária e Cuidados Domiciliares, respectivamente (LADEIA, 2003).

Pacientes com risco de internação hospitalar de longa duração, quando atendidos em regime de intervenção domiciliária primária, tiveram uma significativa redução de custo assistencial (MELIN; HAKANSSON; BYGREN; 1993).

Um dos mais antigos e longos estudos sobre o custo/efetividade de programas de assistência domiciliária à saúde foi publicado em 1977, analisando o período de 1959 a 1975 em províncias do Canadá, e provou ser esse sistema

consideravelmente menos custoso do que os serviços hospitalares institucionais (HUNT; CRICHTON, 1977).

Em geral, pode-se dizer que a diminuição do tempo médio de permanência hospitalar, a diminuição do número de reinternações, o aumento da aderência ao tratamento e a maior conscientização, por parte do paciente, quanto ao seu quadro são fatores promovidos pela assistência domiciliária à saúde que sem dúvida reduzem o os custos assistenciais do tratamento (MENDES Jr., 2000).

Referências Bibliográficas

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). RDC Nº11, de 26 de janeiro de 2006.

BAIGS, J. A; WILIAMS, K. E. The home health agency. In: HARRIS, M. D. **Handbook or Home Care Administration**. Aspen Publication, 1997.

DIECKMANN, J. Home health adiministration:an overview. In: HARRIS, M. D. **Handbook of Home Care Administration**. Aspen Publication, 1997. P.3-13.

HAGGERTY, M. C.; STOCKDALE-WOOLEY, R.; NAIR, S. Respi-Care: **An Innovate Home Care Program for the Patient with Chronic Obstructive Pulmonary Diseas Chest**. n. 3, 1991. p. 607–12.

HUTTEN, J. B. F.; KERKSTRA, A. **Home Care in Europe: a country - Specific guide to its organization and financing.** Local de publicação: Arena, 1996. 320p.

LADEIA, J.A. **Assistência Domiciliária à Saúde: Valor Monetário Paciente/Dia nas Modalidades de Atenção Usadas em Empresas Privadas Prestadoras de Serviços a Terceiros.** Monografia apresentada ao Centro Universitário São Camilo e ABRAMGE-SP. MBA em Gestão de Planos de Saúde. São Paulo, 2003.

MELIN, A. L.; HAKANSSON, S.; BYGREN, L. º The cost – effectiveness of rehabilitation in the home : a study of Swedish elderly. **American Public Health**, v.83 n.3, p 356–62, 1993.

MENDES JUNIOR, W. V. **Assistência domiciliar: uma modalidade de assistência para o Brasil?** Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, 2000. P.72.

PIGOTT, H. E.; TROTT, L. Translating Research into Pratice : The Implementation of an In-home Crisis Initervencion Triage and Treatment Service in the Private Program. In: Harris M., D. **Handbook of Home Care Administration**. Aspen Publication, 1997.

ROUBICEK, J. et al. Home hospitalization for patients with acute illnesses. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Espanha, v.6, n.3, p.172-6, set. 1999.

KORNOWSKI, R. et al. Intesive home care surveillance prevents hospitalisation ad improved morbidly rates among elderly patientes with severe congestive heart failure. **American Heart Journal.** v.129, n.4, p. 762–6. 1995

14 - Tecnologia médico-hospitalar: os desafios da indústria no Brasil

Geraldo Barbosa – administrador, presidente da Becton Dickinson Indústrias Cirúrgicas Ltda.

O Brasil vive uma crise sistêmica de financiamento da saúde. Tanto no campo público como no privado, o país não dispõe de recursos para fazer frente às demandas da sociedade e atender à legislação que regula o setor.

O problema é alarmante. Embora sejamos a 11ª maior economia do mundo, o gasto per capita com saúde pública no país está situado na faixa US$ 280 anuais, o que nos coloca na 35ª posição num rol das 60 maiores nações avaliadas pela Organização Mundial da Saúde, segundo o World Health Report 2005.

Estamos posicionados atrás da Argentina, Polônia, Colômbia, Chile e Romênia, entre muitos outros representantes de países em desenvolvimento. Embora façamos investimentos superiores à média per capita de US$ 261 verificada na América Latina, ainda nos encontramos muito distantes dos US$ 806 da média mundial apontada pela OMS.

A situação é crítica também quando nos atemos ao percentual de investimentos em saúde frente ao PIB. Neste quesito, segundo o relatório da OMS, o Brasil ocupa a 44ª posição num ranking de 192 países. Segundo a entidade, o Brasil aplicou 7,9% do Produto Interno Bruto em saúde em 2002. O percentual é inferior ao investido por vizinhos como Argentina (8,9%), Colombia (8,8%), Paraguai (8,4%), Suriname (8,65), Uruguai (10%) e por países desenvolvidos como Canadá (9,6%), Dinamarca (8,8%), França (9,7%), Alemanha (10,9%) e EUA (14,6%).

O baixo investimento afeta tanto a área pública como o setor privado. No caso do governo, as fontes de financiamento, mesmo após a emenda Constitucional 29, de 2000, que distribuiu a responsabilidade entre as esferas federal, estadual e municipal e fixou fontes de arrecadação, trazendo maior estabilidade ao sistema, continuam não sendo suficientes para enfrentar o enorme desafio brasileiro da saúde. O Estado, definitivamente, não dispõe de recursos para atender o principio constitucional de universalização dos serviços.

No campo privado, o arcabouço regulatório (Lei 9.656), que impôs forte pressão sobre o sistema suplementar, também criou sérios problemas de financiamento. As operadoras de saúde não conseguem reajustar os preços para adequar o faturamento aos custos de atendimento. Comprimidas em suas margens, acabam por transferir o problema para os hospitais privados, limitando a capacidade geral de investimento do setor.

A inadequação do sistema de remuneração do SUS completa a equação. Os 2.400 hospitais púbicos (aqui incluídas os Hospitais Universitários , ilhas de excelência na área da pesquisa e desenvolvimento científico) e os 3.700 hospitais privados filantrópicos, que absorvem demanda dos 140 milhões de brasileiros que não contam com planos privados de saúde, não conseguem equilíbrio nas contas em razão da defasagem dos valores pagos pelo governo a título de reembolso por procedimentos.

Esta restrição orçamentária conjuntural tem ampliado os gargalos de atendimento e deteriorado os serviços prestados, notadamente na área pública. O quadro tem produzido também outra grave distorção: a perda terreno na corrida tecnológica da medicina.

Sem recursos para investir, o Brasil, pouco a pouco, vai se afastando do ambiente da inovação e da tecnologia de ponta na área da saúde para se concentrar nos problemas básicos do setor. O pais já ocupa posição marginal nesta indústria que se equipara em complexidade à indústria aeroespacial.

Para se ter uma idéia do problema, o mercado mundial de equipamentos médicos hospitalares movimentava US$ 105 bilhões globalmente em 1996, segundo dados do Departamento de Comércio dos EUA, constantes de estudo realizado pelo Instituto de Economia da Unicamp *. Naquele mesmo ano, em que já se verificavam as circunstâncias conjunturais restritivas de investimento hoje presentes na área da saúde no Brasil, o país gastava com equipamentos médico hospitalares meros US$ 2,75 bilhões (dos quais US$ 1,1 bilhão em importações), ou seja 2,6% do total do mercado mundial de então.

Quando nos comparamos com os EUA, principal consumidor global de tecnologia médica, podemos observar com clareza o distanciamento a que nos colocamos dos recursos de ponta. Em 96, os EUA consumiram internamente US$ 47,2 bilhões em equipamentos médico-hospitalares, volume cerca de 16 vezes superior ao registrado pelo Brasil no mesmo período.

Mas a falta de recursos, embora fundamental, não tem sido o único entrave ao ingresso de tecnologia de ponta no país. Além de serem baixos, os investimentos realizados no Brasil vêm se mostrando muitas vezes mal planejados, ampliando o fosso que nos separa de países como Japão , Alemanha e EUA, para ficar entre os principais consumidores mundiais de tecnologia médica.

A falta crônica de informações estratégicas (qualitativas e quantitativas) sobre a disponibilidade de equipamentos, dispositivos e reais necessidades do mercado interno também tem dado sua contribuição para criar embaraços aos investimentos em tecnologia.

Muitas das compras internacionais realizadas pelos hospitais brasileiros, públicos e privados, desde o início da década de 90 acabaram criando situações de sobreposição nada produtivas para o sistema da saúde brasileiro como um todo.

Como informam José Carlos de Souza Barros e Pedro Luiz Barros Silva, organizadores no já mencionado “Brasil, Radiografia da Saúde”, a falta de informação tem levado a situações extremas de falta de planejamento. Em Belo Horizonte, por exemplo, em 1996, informam, existia um parque de 45 tomógrafos para atender à demanda de 2,3 milhões de habitantes. No mesmo ano, a cidade de Paris (Central) contava com 6 aparelhos do gênero para 2,4 milhões de habitantes. Uma disparidade impressionante.

A falta de racionalidade e distorções como essas se tornaram comuns no Brasil e só contribuíram para ampliar as crônicas barreiras de investimentos em tecnologia

médica no país. Com concentração de dispositivos semelhantes nas mesmas áreas geográficas, o parque instalado se vê permanentemente submetido à ociosidade, dificultando a formação da escala necessária para amortizar os custos de implantação.

A má utilização e manutenção precária dos equipamentos também se somam à longa lista de impeditivos à entrada de tecnologia médica no país. “Estimativas realizadas pelo Ministério da Saúde mostram que 40% do parque encontra-se sub-utilizado ou inoperante em função de aquisições inadequadas, qualidade insatisfatória, uso indevido, gerência e manutenção deficientes”, informa o livro “Brasil: radiografia da saúde”, ressaltando dados de 1997.

Em outra frente há também fortes barreiras a serem vencidas no campo tributário. A maioria dos governos estaduais tributa a entrada de equipamentos médico-hospitalares no país. As iniciativas de renovação do parque esbarram na cobrança de PIS, Cofins e ICMS que juntos produzem uma carga que representa entre 30% e 40% do valor dos equipamentos importados.

Como não há similares nacionais, uma vez que boa parte dos players internacionais deixou de fabricar equipamentos de ponta no país ao longo das décadas de 80 e 90, a importação se tornou vital para manter o país em linha com tecnologia que se produz mundialmente. Desonerar as operações, seletivamente, protegendo as especialidades presentes no país, é fundamental para garantir o acesso do cidadão aos tratamentos emergentes no cenário global.

Como se vê, a crise de financiamento da saúde , a falta de informação e de planejamento e a carga tributária elevada vão paulatinamente afastando o país dos avanços tecnológicos produzidos no campo da medicina. O fato é grave, especialmente neste momento em que assistimos ao rápido envelhecimento da população brasileira, fenômeno que exigirá cada vez mais especialização técnica e recursos modernos para fazer frente às demandas de tratamento.

Embora desafiador, o quadro pode ser vencido se conseguirmos articular os diferentes atores envolvidos na questão. O país precisa urgentemente criar uma política industrial para o setor de equipamentos-medico hospitalares, estimulando centros de pesquisa presentes nas universidades e áreas paralelas (robótica, informática, entre outros) para que ocupemos espaço na indústria global, criando um programa progressivo de substituição das importações. Ao mesmo tempo, precisamos criar uma política fiscal que não inviabilize a integração de equipamentos fundamentais ao atual parque de hospitais públicos e privados.

Em outra frente, precisamos por um fim à crise do financiamento da saúde no país. No campo privado, há que se erigir um novo modelo que compatibilize o faturamento aos custos e que permita às operadoras trabalharem num ambiente saudável, menos restritivo aos investimentos. No campo público, a saúde tem que ganhar um novo status na matriz de investimentos do estado, ampliando as verbas para melhor atender o cidadão e criar condições favoráveis para o desenvolvimento da medicina.

E finalmente, o país necessita urgentemente estabelecer uma política que permita planejar adequadamente investimentos, oferecendo instrumentos de análise aos gestores de hospitais , clínicas e laboratórios. O parque instalado precisa ser melhor distribuído geograficamente e se torna imperioso o compartilhamento da infraestrutura pelas diferentes entidades de uma mesma região, gerando escala e tornando viáveis os investimentos aportados.

* FURTADO, João, A indústria de equipamentos médico hospitalares:elementos para caracterização da sua dimensão internacional, In NEGRI, Barjas e DI GIOVANNI (org), Brasil Radiogarfia da Saúde), Campinas, Fecampi, 2000).

15 - DA POLÊMICA SOBRE AS AGÊNCIAS REGULADORAS

José Luiz Toro da Silva

Advogado. Professor de Direito. Mestre em

Direito Político e Econômico pela

Universidade Presbiteriana Mackenzie

O debate a respeito das agências reguladoras é freqüente na grande imprensa. Artigo publicado em “O Estado de São Paulo”, de 16 de janeiro de 2006., com o título “Governo esvazia agência reguladoras”, descreve o descaso que o Governo Lula está tendo, principalmente, para proceder a nomeação de diretores das agências, bem como no sentido de prover as agências com os recursos necessários ao seu funcionamento. Ademais, há mais de 21 meses está parado no Congresso Nacional da chamada “Lei Geral das Agências Reguladoras”, que dispõe sobre a gestão, organização e controle social das citadas autarquias especiais. Na realidade, aludida discussão também oculta uma séria polêmica que ainda existe no mundo jurídico sobre o citado modelo de administração do Estado.

Sabe-se que este modelo foi transplantado, em especial, do direito norte americano, sendo que nos Estados Unidos citadas agências gozam de independência total, não podendo seus atos, de forma geral, nem mesmo ser apreciados pelo Poder Judiciário.

As agências reguladoras têm poderes “quase legislativos” e “quase judiciais”, pois fixam regras que afetam diretamente a vida dos *players* e os consumidores envolvidos em determinado setor, bem como fiscalizam o exercício destes *players*,

fixando multas e penalidades, tendo poderes, inclusive, para intervir e liquidar operadores que não preencham as exigências fixadas pela agência.

Por mais que a Constituição Federal outorgue ao Poder Judiciário o monopólio jurisdicional, se vê, na prática, que as decisões emanadas pelas agências reguladoras, em sua maioria, são confirmadas em diversas instâncias, até mesmo devido ao seu caráter especializado, técnico e independente. Ademais, os poderes são independentes, devendo atuar com harmonia.

Todavia, alguns entendem que as agências não têm legitimidade para fixar regras, pois estas somente poderiam ser emanadas do Poder Legislativo, admitindo-se a delegação de competência em situações especialíssimas previstas na Constituição Federal. Na medida que as agências reguladoras acabam tomando decisões que afetam a vida de milhares de pessoas e de setores economicamente relevantes, a preocupação se volta para a amplitude de poderes que elas concentram.

Percebam que setores importantíssimos da economia nacional (petróleo, energia elétrica, telecomunicações, saúde suplementar, água, transportes, etc.) são controlados por estas autarquias especiais, que legislam, julgam, impõem sanções e, podem, até mesmo excluir *players* do mercado. Tais setores, portanto, não estão sujeitos a soberania popular, na fixação de suas regras, pois, no dia a dia, são as agências reguladoras que estabelecem as regras que devem ser aplicadas.

Aludido modelo foi inserido dentro de um conceito de reforma do estado, não sendo possível pensá-lo dentro de parâmetros clássicos do direito administrativo e do

direito público econômico, pois fazem parte de uma nova forma de se ver o Estado, buscando-se uma maior eficiência. Verifica-se, portanto, a discussão existente esconde a citada polêmica jurídica, bem como a visão que o intérprete tem do papel do Estado no mundo econômico.

É falso o argumento que as agências regulam somente setores da economia que antes eram exercidos diretamente pelo Estado (Estado provedor *versus* Estado regulador). No início foi assim (petróleo, telecomunicações e energia elétrica), porém hoje aludido modelo jurídico é utilizado para regular as citadas “falhas do mercado”, abrangendo setores como os planos de saúde, transportes, cinema, água, etc., sendo cada vez mais utilizado.

Penso que, já que inserido em nosso mundo jurídico e envolvendo setores tão expressivos da economia nacional, aludido modelo deve ser mantido, porém aperfeiçoado, não podendo o Governo Lula, pura e simplesmente, fazer de conta que as agências não existem ou não exercem um importante papel no mundo econômico e jurídico, deixando de providenciar as nomeações necessárias para o seu funcionamento, bem como não liberando os recursos orçamentários já destacados para as citadas autarquias.

O Projeto de Lei n. 3337/2004, que se encontra parado na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados, pelo que consta do *site* da Câmara dos Deputados, desde 05 de julho de 2004, já representa um importante avanço, principalmente no sentido de procurar dar maior legitimidades às decisões emanadas pelas agências reguladoras, pois:

a) o processo de decisão das agências reguladoras, atinente à regulação setorial, terá caráter colegiado;

b) serão objeto de consulta pública, previamente à tomada de decisão, as minutas e propostas de alterações das normas legais, atos normativos e decisões da Diretoria Colegiada e Conselhos Diretores de interesse geral dos agentes econômicos, de consumidores ou usuários dos serviços prestados;

c) as agências reguladoras poderão realizar audiências públicas para formação de juízo e tomada de decisão sobre matéria considerada relevante, podendo estabelecer outros meios de participação dos interessados nas decisões, diretamente ou por meio de organizações e associações legalmente reconhecidas;

d) a agência deverá firmar contrato de gestão e de desempenho com o Ministério a que estiver vinculada;

e) cada agência deverá constituir uma Ouvidoria, que atuará junto à Diretoria Colegiada ou Conselho Diretor, sem subordinação hierárquica e exercerá as suas atribuições sem acumulação com outras funções;

f) as agências reguladoras devem atuar com estreita cooperação com os órgãos de defesa da concorrência, devendo as agências monitorar e acompanhar as práticas de mercado dos agentes dos setores regulados;

g) as agências deverão promover e articular suas atividades com as agências reguladoras ou órgãos de regulação dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, nas respectivas áreas de competência, promovendo, sempre que possível e a seu critério, a descentralização de suas atividades mediante convênio de cooperação, exceto quanto às atividades do Sistema Único de Saúde, que observarão legislação própria.

Defendo a manutenção das agências reguladoras, porém este modelo precisa ser melhorado, estabelecendo mecanismos de controle social e de garantia de contraditório e da ampla defesa, pois é inconcebível que as decisões da própria agência sejam decididas, em grau de recurso administrativo, pela própria agência, através de sua diretoria colegiada, ou seja, os atos emanados por determinada diretoria serão apreciados pela própria diretoria colegiada, a qual é composta, inclusive, pelo diretor que teve o seu ato contestado. Neste particular, seria mais razoável que determinadas matérias, em grau de recurso superior, pudessem ser apreciados pelo Ministro de Estado a qual a agência se encontra vinculada, pois como defende Marcos Juruena Villea Souto, em seu livro “Direito Administrativo Regulatório”, “Da orientação do Egrégio Supremo Tribunal Federal, firmada o voto do Exmo. Sr. Ministro Marco Aurélio, se extraiu que a citada independência não afasta, em si, o controle por parte a própria Administração Pública exercido, de forma direta, pelo Ministro de Estado da área e, de maneira indireta, pelo chefe do Poder Executivo.”

Urge, portanto, que o modelo seja aperfeiçoado, devendo ser votado o Projeto de lei supra mencionado, sem maiores demoras, procedendo-se as alterações necessárias, a fim de se preservar o controle social e garantir a ampla defesa e o contraditório.

Porém os mandatários do poder, enquanto a legislação que criou as agências reguladoras estiver vigendo, devem cumpri-la, não se admitindo o mencionado “esvaziamento”, pois como lembra Hely Lopes Merelles, em seu clássico Direito Administrativo Brasileiro, “Na Administração Pública não há liberdade nem vontade

pessoal. Enquanto na administração particular é lícito fazer tudo que a lei não proíbe, na Administração Pública só é permitido fazer o que a lei autoriza. A lei para o particular significa “pode fazer assim”; para o administrador público significa “deve fazer assim.”

Bibliografia

CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL

16 - ANÁLISE DE CONSTITUCIONALIDE DA REGULAMENTAÇÃO DOS PREÇOS DOS DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

Rodrigo Alberto Correia da Silva, advogado, mestrando em direito econômico na PUC/SP.

A assistência médica suplementar no Brasil é prestada por operadoras de planos de saúde, nas quais a cobertura do atendimento pelos serviços de saúde prestados por uma rede própria ou credenciada, é garantida pelo contratado e o contratante é obrigado ao pagamento de um valor mensal, ficando assim, protegido do risco em saúde que é diluído entre todos os integrantes da mesma carteira do plano de saúde.

Os planos de saúde podem ser oferecidos por empresas, ou cooperativas médicas, criadas para este fim para pessoas físicas ou como benefício dado por pessoas jurídicas aos seus funcionários, ou podem ser operados pelas próprias empresas para seus funcionários, chamados planos de autogestão.

Temos ainda os seguros saúde em que não há a prestação direta de serviços de saúde mas tão somente a cobertura deste risco, seu grande segredo está nos cálculos atuariais que garantem o lastro financeiro e o equilíbrio entre indivíduos sãos e doentes dentro da carteira.

Há no Brasil uma divisão jurídico-institucional dos planos privados de saúde que estabelece quatro grupos: medicina de grupo, cooperativas medicas, seguradoras e autogestão. Este mercado é composto por mais de 1.000 empresas, movimentando cerca de US$ 14,8 bilhões por ano, cerca de 2,6% do Produto Interno Bruto (PIB), cobrindo cerca de 1/4 da população brasileira. Este cenário vem

sofrendo alterações desde o início do processo de regulamentação dos planos de saúde, instituído pela lei federal 9.656/98, cuja Constitucionalidade também nos cabe investigar.

Passamos então a analisar os tipos de planos de saúde presentes no Brasil

Medicina de Grupo

A forma predominante das medicinas de grupo nesse mercado é semelhante as *Health Maintenance Organizations (HMOs)* dos EUA, compondo-se por serviços de saúde próprios, credenciados, ou ambos. As medicinas de grupo surgiram por volta de 1920 nos Estados Unidos, como organização dos primeiros grupos médicos e evoluiram lentamente até se adaptar, em 1970, às características da sociedade americana e se tornar grande.

As medicinas de grupo chegaram no Brasil em 1960 na região do ABC Paulista, quando o governo incentivava os convênios-empresa. Está presente em quase todas as cidades brasileiras com mais de 40 mil habitantes. A Medicina de Grupo nada mais é do que um sistema de criação e administração de serviços médico-hospitalares para atendimento em larga escala com bom padrão profissional e custos controlados. Sua estrutura inclui médicos contratados e credenciados. Trata-se de um plano de pré-pagamento, no qual os beneficiários e dependentes ou são vinculados ao grupo médico por contratos coletivos pelas empresas onde trabalham, ou por planos individuais e familiares.

Os usuários têm acesso a rede própria e credenciada e o uso de serviços não credenciados e previsto nos planos mais caros, implicando o ressarcimento dos

gastos. Há, evidentemente, planos mais caros, dependendo do tipo de atendimento e variando de grupo médico para grupo médico. Os planos básicos, contudo, garantem um padrão compatível com as necessidades da população trabalhadora, com direito a consultas médicas com hora marcada, exames complementares, internações hospitalares e cirurgias. O convênio-empresa não tem qualquer tipo de carência.

Cooperativa Médica

As cooperativas médicas começaram a surgir em 1967 com a intenção dos principais órgãos associativos da classe médica de reagir ao surgimento das primeiras empresas de medicina de grupo no Brasil. São regidas pela legislação do cooperativismo. Prestam assistência aos beneficiários por meio de contratos coletivos, familiares e individuais com ampla cobertura médico-hospitalar e laboratorial por profissionais cooperados. Na concepção desse segmento, os médicos são ao mesmo tempo sócios e prestadores de serviços, recebendo, proporcionalmente à sua produção, por tipo e qualidade de atendimento. Também participam do rateio do resultado positivo final, obtido pelas unidades.

Seguro-saúde

Conforme definição legal, Seguro Saúde é o seguro destinado a dar cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar, cuja garantia consiste no pagamento em dinheiro, efetuado pela sociedade seguradora à pessoa física ou jurídica prestante da assistência médica ao segurado. A livre escolha do médico e hospital é condição obrigatória nos contratos. Sendo vedado, às sociedades seguradoras acumular assistência financeira com assistência médico-hospitalar. Por

esta razão as seguradoras não podem prestar serviços de assistência médica e hospitalar com rede própria.

Os seguros de saúde podem ser contratados por pessoas físicas ou por pessoas jurídicas, a favor de seus empregados e diretores. O pagamento das contas médicas e hospitalares poderá ser feito diretamente aos médicos e hospitais ou aos segurados, mediante reembolso, de acordo com as tabelas de procedimentos médicos e de custos hospitalares de cada seguradora e a vista dos documentos comprobatórios.

Autogestão

A autogestão trata de plano de saúde próprio, gerenciado pela empresa ou por uma assessoria especializada, sem finalidade lucrativa. A empresa que implanta a autogestão estabelece o formato do plano, define credenciamento de médicos, hospitais, carências e coberturas, reduzindo os gastos decorrentes com a intermediação das empresas de planos de saúde do mercado. Fazem parte deste segmento os planos de saúde destinados a empregados ativos e aposentados ou a participantes de entidades associativas, beneficentes, assistenciais, previdenciárias, sindicais e de cooperativas de usuários, bem como seus dependentes até o terceiro grau de parentesco.

A direção do plano de saúde na modalidade de auto-gestão pode ser exercida de forma predominante pela empresa patrocinadora, no caso de plano para seus empregados; predominantemente pelo corpo social, no caso de associações de classe ou cooperativas; ou ainda de forma conjunta (co-gestão), no caso de planos de entidades, cujo participantes são ligados também as empresas patrocinadoras. A Adesão ao plano pode ser compulsória, no caso da patrocinadora

assumir integralmente, ou substancialmente, ou custos, ou facultativa no caso dos empregados ou associados contribuírem para seu funcionamento.

A assistência a saúde nos planos de auto-gestão pode ser prestada por meio de rede credenciada (profissionais e instituições de saúde que atendem mediante tabela de preços previamente acordada com a administração do plano), ou de serviços próprios (estrutura própria de atendimento a saúde, mantida pela organização) ou por livre escolha (utilização dos serviços de profissionais e instituições de saúde disponíveis no mercado, com posterior reembolso dos gastos pelo plano, conforme sua tabela), ou então estas formas combinadas.

7.1. O MERCADO BRASILEIRO DE PLANOS DE SAÚDE

Como no caso dos medicamentos o mercado de planos de saúde também está longe de ser um mercado de concorrência perfeita. Quanto ao grau de competição, antes de mais nada há que se determinar um critério para a definição do mercado relevante dos planos de saúde, ou seja qual será o universo que será estudado para identificar o grau de concorrência entre os seus participantes. O mercado relevante é definido pela possibilidade de substituição pelo consumidor entre os produtos e serviços oferecidos, a intercambialidade, que efetivamente colocará um ofertante em confronto com o outro pela decisão de compra.

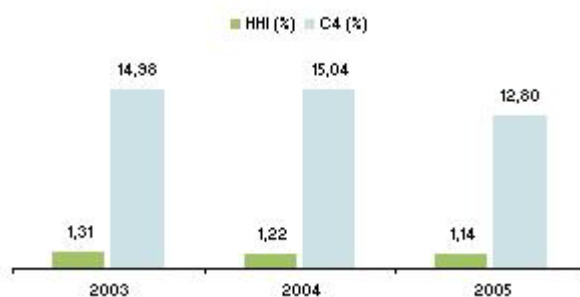
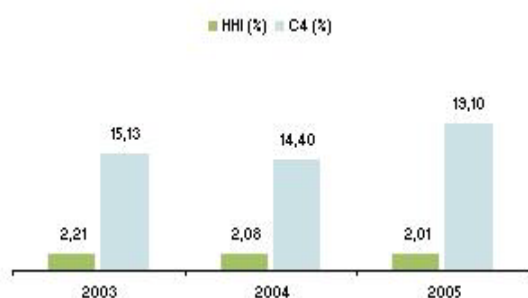
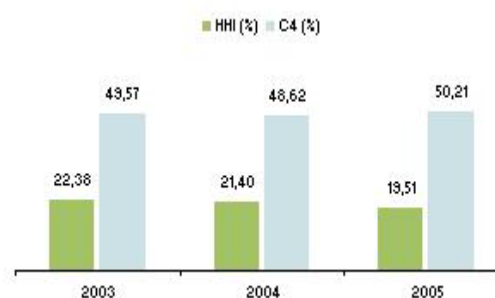
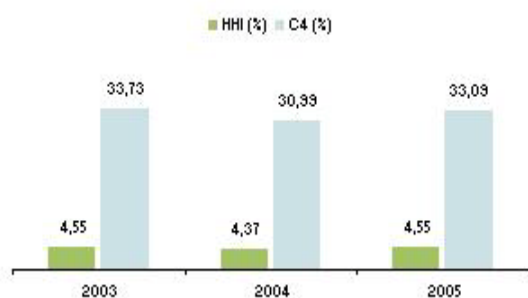
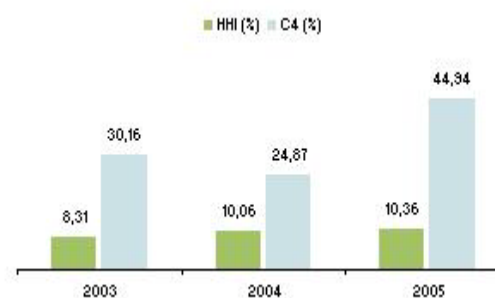
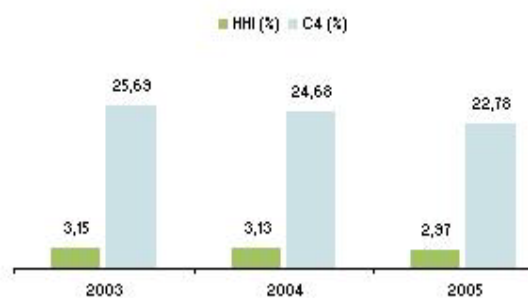
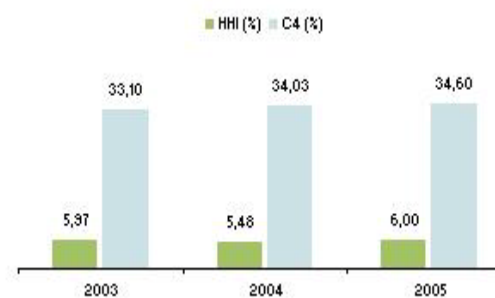
A análise deve ser feita, independentemente, do preço destes produtos e serviços, pois se parte da premissa de que o consumidor é racional e sempre vai procurar maximizar seus benefícios com o valor investido dentro da sua capacidade financeira, que tem grande impacto nos gastos relacionados a saúde, dada a sua essencialidade, e pode ser percebido verificando a evolução dos gastos familiares com saúde por faixa de renda relatada no início deste trabalho. Quando o

contratante do plano de saúde for uma empresa, a racionalidade da decisão certamente estará mais presente para seus funcionários do que nas decisões individuais.

Pois bem, os critérios que levam um consumidor a optar por um ou outro plano de saúde, serão (i) cobertura geográfica, (ii) nível da rede credenciada de médicos, hospitais e laboratórios de diagnósticos, dos quais ele poderá usufruir ou aqueles acessíveis pelo valor de reembolso, (iii) atendimento da própria operadora do plano de saúde, os dois primeiros, serão os critérios fundamentais, pois são os que podem ser conhecidos antes da contratação, de modo que estes dois fatores é que definem o mercado relevante em planos de saúde.

Feito isto, já se verifica uma grande redução do universo de concorrentes, especialmente fora das capitais dos Estados mais populosos e ricos do país, o que se soma à concentração existente também em relação aos prestadores de serviços de assistência a saúde existente fora deste circuito excepcional. Este vetor de concentração regional está evidente no Atlas Econômico-financeiro da Saúde Suplementar no Brasil de 2005 editado pela ANS ao verificarmos o índice de concentração econômica segundo o HHI (Herfindahl-Hirschman Index) e o percentual de mercado mantido pelas 4 (quatro) empresas lideres de mercado em alguns estados brasileiros:

HHI	Nível de Concentração
menor ou igual a 10%	Mercado Altamente Competitivo
de 10% a 18%	Mercado Moderadamente Concentrado
de 18% a 100%	Mercado Altamente Concentrado
igual a 100%	Monopólio Puro (Única Operadora)

ConcentraçãoBrasil (%)

Concentração SP (%)

Concentração Sergipe (%)

Concentração RJ(%)

Concentração Rondônia(%)

Concentração MG (%)

Concentração DF (%)

Concentraçãos dos Planos de Saúde no Brasil 2003 - 2005

Sendo assim, já se percebe, em algumas regiões do país, a concentração do mercado com as conseqüências de possível aumento de preços, dificuldades para desafiantes e, portanto, barreiras de acesso para a população, que demonstramos no início deste trabalho. A análise é apenas estadual sem considerar a concentração dos mercados nas cidades onde especialmente nas cidades pequenas do interior dos estados a concentração é muito maior.

No Brasil, a menor parte das operadoras de planos de saúde detêm a maior parte do mercado.

Somado a concentração de mercado temos, ainda, as barreiras a entrada de novos concorrentes principalmente (i) a barreira regulatória da ANS que esclareceremos em detalhes mais adiante e, especialmente, (ii) a forte presença de economias de escala no lançamento de cada novo produto pelas operadores de planos de saúde, pois estes se compõe de carteiras fechadas em receitas e despesas e (iii) os investimentos necessários para a instalação de serviços de saúde próprios ou na formação da rede credenciada.

É fácil notar que em qualquer atividade de pulverização de riscos, quanto maior a população atendida melhores as previsões atuariais, maior o colchão financeiro e maior a possibilidade de se alcançar um equilíbrio dinâmico entre contribuintes, não usuários da cobertura, e contribuintes que a estão usando com custos maiores que a sua contribuição. Assim, quanto maior a população atendida pelo plano ou seguro saúde melhor será sua performance financeira e menores seus riscos de quebra, o que somado à diluição de custos fixos dá larga vantagem competitiva aos planos e seguros de saúde maiores em relação a possíveis

desafiantes. Ou seja os ganhos de escala são extremamente relevantes para os planos de saúde.

Verifica-se, ainda, a baixa intercambialidade entre planos de saúde, tanto empresariais quanto individuais, decorrente das carências impostas para que os usuários possam acessar certos tipos de serviços de saúde e a falta de cobertura de doenças pré-existentes conhecidas anteriormente à adesão ao novo plano de saúde. Quanto a instalação dos serviços de saúde pelas medicinas de grupo, em caso de serviços próprios, temos um alto custo de construção, aparelhamento e até ultrapassagem da barreira regulatória sanitária.

No caso de rede credenciada própria a sua criação pode inclusive ser dificultada por vínculos existentes entre a rede e outras operadoras de planos de saúde e, principalmente, as cooperativas médicas, pois os profissionais médicos teriam interesses conflitantes entre serem credenciados do desafiante e membros da cooperativa. Temos então baixa mobilidade dos fatores de produção e desestímulos para a entrada de novas empresas neste mercado.

Embora não tenhamos os problemas de agência presentes na compra de medicamentos, temos assimetria da informação em menor nível, mas presente, pois normalmente os contratantes não têm condição de avaliar segundo critérios técnicos a qualidade da rede de atendimento própria ou credenciada, especialmente quanto ao médicos desta rede. O conhecimento dos serviços oferecidos aos usuários dos planos de saúde a *posteriori* os qualifica como bens de conhecimento e em muitos casos os serviços serão credenciais devido a impossibilidade de análise pelo usuário, como por exemplo os serviços de diagnósticos ou tratamentos mais complexos.

Vemos, portanto, que não se trata de um mercado de auto-regulação automática, no qual o combate as eventuais práticas anti-concorrênciais de seus participantes pela legislação antitruste seria suficiente para garantir a livre concorrência real. Há necessidade da intervenção do Estado para a amplicação do acesso a população aos planos de saúde e consequentemente as ações e serviços de saúde.

Além da aplicação da legislação antitruste e de defesa do consumidor foram editadas leis específicas para os planos de saúde em decorrência de suas especificidades e da sua relevância em um país em que a atenção oferecida pelo Sistema Único de Saúde está longe de ser satisfatória e a população precisa recorrer ao sistema suplementar.

A Regulamentação dos Planos de Saúde no Brasil

A lei 9.656, sancionada em 3 de junho de 1998, entrou em vigor em vigor em 03/09/1998, noventa dias após sua publicação, marcando o início da regulamentação específica dos planos privados de assistência a saúde. Esta lei foi modificada em seguida pela edição de Medidas Provisórias, renovadas a cada 30 dias, além de dezenas de Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU). Conforme se esgotava o prazo de cada Medida Provisória, o que ocorria a cada 30 dias, o Poder Executivo era obrigado a editar uma nova (quando houvesse alteração no seu texto) ou reeditar a mesma, até que o Congresso a colocasse em pauta.

Os modelos anteriores de planos de saúde puderam continuar sendo comercializados até 31/12/1998, a partir do que entraria em vigor o disposto na Lei 9.656, permanecendo com validade por tempo indeterminado, a não ser que o seu

usuário manifestasse o interesse de migrar para enquadrar-se na regulação nascente. Já a oferta dos novos planos que, então, deveriam ser protocolados na SUSEP, passariam a ser oferecidos enquadrados na legislação pertinente.

A nova legislação trouxe mudanças positivas para os usuários de planos de saúde de todos os segmentos. A maioria delas com aplicação imediata apenas para os planos instituídos a partir de janeiro de 1999 ou para aqueles que optassem pela adaptação ao sistema previsto na lei. As principais alterações estão listadas.

- Instituição de coberturas mínimas a serem oferecidas em todos os planos de saúde.

- Proibição da empresa de vedar a participação do usuário, em razão de sua idade, doença preexistente ou deficiência, mas possibilidade de agravamento (aumento) da mensalidade em alguns casos.

- Regulação do descredenciamento de prestadores de serviços.

- Limitação dos prazos de carência.

- Assistência ao recém-nascido nos primeiros 30 dias de vida.

- Rescisão contratual unilateral pela empresa apenas nos casos de fraude ou atraso de pagamento da mensalidade em período superior a 60 (sessenta) dias.

- Cobertura em saúde mental.

- Garantia ao demitido sem justa causa e ao aposentado, que contribuíram por mais de dez anos com plano coletivo de empresa, ao direito de permanecerem no mesmo plano, desde que assumam o pagamento integral.

- Ressarcimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) toda vez que um usuário de plano de saúde for atendido em hospitais públicos.

- Padronização de sete faixas etárias: (0 a 17 anos; 18 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 a 69; e acima de 70). Os valores das mensalidades em cada faixa podem variar entre as empresas, desde que o valor da última não seja superior a seis vezes o da primeira.

- Cobertura de transplantes de rim e córnea.

Posteriormente, a Lei 9.961/2000 criou a ANS com o intuito de impulsionar a operacionalização das determinações da Lei 9.656/98 e regulamentar este mercado exercendo parte das competências, anteriormente, exercidas pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) e pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), através de sua Câmara de Saúde Suplementar,

A ANS, foi criada pela Lei 9.961/2000, como autarquia de regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, que passou a acumular as atribuições da Saúde e da Fazenda na regulamentação do setor, com a missão de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive nas suas relações com prestadores e consumidores. A ANS é a Agência Regulatória de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades dos planos, seguros e convênios de saúde, com autonomia administrativa e financeira, nos moldes de outras agências governamentais. É responsável pela elaboração de rol de procedimentos e coberturas, normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde, segmentação dos planos, critérios de controle de qualidade e fiscalização dos planos de saúde, recolhimento de informações de

natureza econômico-financeira das operadoras, liquidação das empresas cassadas, entre outras tarefas.

Já por estas atribuições, se nota que a ANS tem poderes de regulamentação econômica, das empresas sob sua competência, até mais contundente do que a CMed tem sobre os laboratórios farmacêuticos e tem poderes de polícia superiores aos da Anvisa. É necessário, portanto um breve panorama das atividades da ANS investigar a constitucionalidade destas atribuições.

A ANS, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades dos planos, seguros e convênios de saúde é a responsável por autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde e das operadoras de planos privados de assistência à saúde, que não poderão atuar e comercializar seus produtos sem o competente registro nesta agência; estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde; autorizar reajustes; avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência; podendo instituir, se necessário, o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras; proceder à liquidação das daquelas que tiverem cassada a autorização de funcionamento; promover a alienação de carteira de planos.

As operadoras de planos privados de saúde, seus diretores, administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados, estão sujeitos às penalidades abaixo arroladas, a serem aplicadas pela ANS, sem prejuízo da aplicação das sanções de natureza civil e penal cabíveis:

I. advertência;

II. multa pecuniária;

III. suspensão de exercício dos cargos, acima mencionados;

IV. inabilitação temporária para o exercício dos cargos, acima mencionados, em operadoras de planos de assistência à saúde; e

V. cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora mediante leilão.

Após regularmente constituída como empresa, a operadora de plano de saúde, deverá solicitar o registro provisório de funcionamento à ANS, que notificará a requerente sobre o resultado da análise. No caso de aprovação da solicitação, a notificação será efetuada com a inclusão dos dados cadastrais da operadora na listagem disponibilizada no site da ANS (http://ans.saude.gov.br).

O exercício de qualquer cargo ou função de diretor, curador ou conselheiro e gerente só poderá ser realizado por pessoas naturais residentes no país, com reputação ilibada, não impedidos por lei ou inabilitados, que não estejam respondendo judicialmente ou extrajudicialmente por dívidas, que tenham exercido, pelo prazo mínimo de 02 (dois) anos, funções de direção ou gerência, em alguns casos, em entidades públicas ou privadas, sendo exigível do responsável pela área técnica de saúde o registro no Conselho Regional de Medicina – CRM ou no Conselho Regional de Odontologia – CRO, conforme o caso. A comunicação de eleição, nomeação ou designação para ocupação de cargo de administrador em

operadora será feita no prazo de 30 (trinta) dias contados da data de realização do ato à ANS, que poderá recusar o cadastramento do mesmo, determinando à operadora a imediata substituição do eleito, nomeado ou contratado.

As operadoras de plano deverão, para obter autorização de reajuste anual das contraprestações pecuniárias dos planos individuais e/ou familiares, protocolizar suas solicitações de reajustes junto à ANS, acompanhadas dos documentos exigidos por esta agência.

As operadoras que mantenham planos coletivos deverão comunicar à ANS os percentuais de reajustes a serem aplicados, com trinta dias de antecedência, informando a justificativa dos valores a serem praticados, fornecendo cópia dos contratos que serão objeto de reajuste e demonstração da massa assistida e sua delimitação. Os planos coletivos com vínculo empregatício, financiados total ou parcialmente, pela pessoa jurídica empregadora, não necessitam comunicar à ANS os percentuais de reajustes a serem aplicados. Qualquer transferência de controle societário de operadora de plano de saúde deve ser submetida à aprovação da ANS, bem como os atos isolados ou em conjunto de qualquer pessoa física ou jurídica ou de grupo de pessoas representando interesse comum; acordo de acionistas/quotistas; e negócios jurídicos celebrados entre os colaboradores.

A ANS, após o exame das informações prestadas, poderá deferir o projeto, sobrestá-lo ou indeferi-lo. No caso de deferimento, a operadora de planos de saúde deverá, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da comunicação da ANS, registrar a transferência de controle no órgão competente e enviar a documentação registrada à esta agência para homologação. As regras definidas

pela ANS que as operadoras deverão seguir, para garantir a continuidade de sua operação, representam um patamar mínimo que garanta a sua continuidade.

As operadoras de planos de saúde sujeitar-se-ão, conforme o caso, à constituição das garantias financeiras abaixo mencionadas para o início e continuidade das operações.

1. Capital mínimo ou provisão de operação.
2. Provisão de risco.
3. Provisão para eventos ocorridos e não-avisados.
4. Margem de solvência.
5. Outras provisões técnicas.

As sociedades seguradoras, especializadas, em saúde, possuem regras próprias e as autogestões patrocinadas terão regras de patrocínio, por esta razão estes tipos de operadoras não necessitam constituir as garantias financeiras estabelecidas pela ANS.

Qualquer outra provisão técnica poderá ser constituída, como por exemplo para oscilação do índice de inadimplência da operadora, desde que seja encaminhada uma Nota Técnica Atuarial de Provisões – NTAP para análise e aprovação da ANS. As garantias poderão ser constituídas com ativos que deverão estar vinculados à ANS e não poderão ser alienados.

A ANS, no uso de sua atribuições, poderá, ainda, instaurar a direção fiscal ou direção técnica, ou ambas, na operadora de plano de saúde, por prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias.

A direção fiscal ocorrerá sempre que for verificada a insuficiência nas garantias do equilíbrio financeiro ou anormalidades econômico-financeiras, tais como, totalidade dos bens inferior às obrigações para com terceiros; insuficiência de recursos garantidores, em relação ao montante total das provisões técnicas; não apresentação, não aprovação ou não cumprimento do plano de recuperação.

A direção técnica poderá ser instaurada sempre que ocorrerem anormalidades administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, tais como, atraso contumaz, no pagamento dos prestadores; não atingimento das metas qualitativas e quantitativas; desequilíbrio atuarial da carteira; evasão excessiva de beneficiários; excessiva rotatividade da rede credenciada ou descredenciamento em massa; criação de óbices ao acesso dos beneficiários.

Caberá ao diretor fiscal e ao diretor técnico determinarem a adoção de medidas que possam sanar as irregularidades verificadas na gestão econômico-financeira da operadora e restabelecer a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, respectivamente.

O regime de direção, fiscal ou técnica, será encerrado quando decretado o regime de liquidação extra-judicial ou quando for alcançado o objetivo de saneamento da insuficiência nas garantias do equilíbrio financeiro ou anormalidades econômico financeira graves, no caso de direção fiscal, e, quando forem saneadas as anormalidades administrativas graves, no caso de direção técnica.

A ANS, no uso de sua atribuições, poderá determinar a liquidação extrajudicial da operadora de planos de assistência à saúde quando verificar sua insolvência econômico-financeira; quando não for alcançado por esta o objetivo de saneamento da insuficiência nas garantias do equilíbrio financeiro ou das anormalidades econômico-financeiras graves proposto pelo regime de direção fiscal; ou quando não for atingido o saneamento das anormalidades administrativas graves proposto pelo regime de direção técnica.

A liquidação extrajudicial será processada pela ANS que nomeará o liquidante com amplos poderes de administração e liquidação. Os administradores das operadoras em liquidação extrajudicial, bem como todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao ato, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades. Esta indisponibilidade poderá ser estendida aos bens dos gerentes, conselheiros fiscais e todos aqueles que, até o limite da responsabilidade estimada de cada um, tenham concorrido, nos últimos doze meses para a decretação da liquidação extrajudicial, assim como aos bens das pessoas que, nos últimos doze meses, os tenham a qualquer título adquirido de administradores, gerentes ou conselheiros da instituição. Estas pessoas não poderão ausentar-se do foro da liquidação extrajudicial sem prévia e expressa autorização da ANS.

A liquidação extrajudicial cessará se os interessados, apresentando as necessárias condições de garantias, tomarem para si o prosseguimento das atividades econômicas da empresa; ou com a apresentação das contas finais do liquidante e baixa no registro público competente.

A ANS poderá determinar a alienação de carteira das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde nas situações que impliquem risco para a continuidade da assistência à saúde ou na vigência de Regime de Direção Fiscal e/ou de Direção Técnica. A operação de alienação de carteira deverá ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data do recebimento pela operadora do plano de saúde da comunicação da decisão da ANS. Deverão ser mantidos integralmente os contratos de planos de saúde, sem restrição de direitos ou prejuízos para os beneficiários.

A inobservância às determinações da ANS ao que tange a alienação de carteira poderá ensejar a pena de inabilitação temporária por 10 (dez) anos aos membros do Conselho de Administração e da Diretoria da operadora alienante, para o exercício de cargos de direção ou em Conselhos de Operadoras de Planos de Assistência a Saúde, bem como o leilão da carteira. A alienação da totalidade da carteira deverá ser comunicada pela operadora adquirente aos titulares beneficiários, mediante carta registrada com aviso de recebimento, enquanto a operadora alienante deverá comunicar, mediante publicação em jornal de grande circulação na sua área de atuação.

A alienação de carteiras das operadoras de planos privados de assistência à saúde dependerá de decisão da ANS e poderá ocorrer por leilão em decorrência de decisão transitada em julgado em processo de aplicação de penalidade e por proposta do Diretor Fiscal ou Técnico.

O leilão sempre atingirá a totalidade da carteira, que poderá ser adquirida em proposta conjunta por duas ou mais operadoras, quando necessário para garantir maior participação e melhores condições de absorção de todo universo de

consumidores. Poderá participar do leilão de carteira qualquer operadora que esteja em situação regular perante a ANS e atenda as exigências de qualificação técnica e econômica previstas no edital, resultando como vencedora a operadora que apresente a melhor proposta de acordo com os critérios de julgamento estabelecidos no edital.

As operadoras deverão ressarcir os atendimentos previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS. O ressarcimento será cobrado de acordo com os procedimentos estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência.

ANÁLISE DE CONSTITUCIONALIDE DA REGULAMENTAÇÃO DOS PREÇOS DOS DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

As já citadas Leis 9.656/98 e 9.961/2000 têm uma série de dispositivos de controle e intervenção nos planos de saúde, cuja constitucionalidade também deve ser avaliada.

Antes, contudo, de se avaliar esta Constitucionalidade, há que se observar atentamente a natureza dos planos de saúde. As operadoras de planos de saúde não tem como foco primordial o fornecimento do próprio serviço de saúde, que será fornecido por médicos ou serviços de saúde que podem ser prestados tanto pela sua rede quanto por terceiros.

Ainda que se trate de rede própria, a prestação dos serviços de saúde, no caso de medicinas de grupo, cooperativas e autogestões, será atividade distinta da

atividade principal do plano de saúde. Um plano de divisão de risco e financiamento de tratamentos próprio dos seguros é, portanto, uma atividade financeira e atuarial.

Isto posto, a fundamentação constitucional da atuação da ANS e da regulamentação dos planos privados de saúde não advém do artigo 200 da Constituição Federal pois este trata apenas da fiscalização pelo SUS de produtos e serviços para a saúde (inciso I, do artigo 200 da Constituição Federal) e, como dito, fundamenta a existência e atuação da Anvisa dentro do micro sistema de direito sanitário.

Tampouco se pode dizer que sua fundamentação estaria no artigo 197 da Constituição Federal, pois este diz respeito a regulamentação, fiscalização e controle de *ações e serviços de saúde* e não se pode considera o financiador destes serviços e ações com o próprio prestador dos serviços ou realizador das ações por ele financiadas, como são os planos de saúde em sua essência.

Embora nas medicinas de grupo, autogestões, e cooperativas o serviço de saúde com rede própria de serviços está imbricado com o seu financiamento, podemos separar as atividades financeiras e de serviços nestas operadoras de modo que aos serviços se aplicam as regras de direito sanitário e as financeiras as constantes da Lei 9.656/98 e da Lei 9.961/2000, que é o que realmente acontece.

Estamos, portanto, tratando das disposições da Lei 9.656/98 e da Lei 9.961/2000, as quais dizem respeito ao negócio central dos planos de saúde, sua atuação financeira e securitária.

Estas normas trazem dispositivos voltados a proteção daqueles que pagam para terem a segurança de em uma eventualidade (sinistro) terem acesso a

um serviço de saúde esperado. Assim são disposições relativas a saúde financeira das operadoras, a bilateralidade e dizem respeito aos contratos de planos de saúde.

Portanto tais dispositivos visam a proteção dos consumidores destes planos de saúde, de modo que seu fundamento de validade constitucional é o artigo 5º, inciso XXXII da Constituição Federal, pois embora seja uma proteção específica a um consumidor em particular é a isto que elas se dirigem a proteção do consumidor executada através de uma agência regulatória, no caso a ANS.

As proteções determinadas, diretamente pelas Leis em comento são válidas pois têm este lastro Constitucional.Agora e a atuação da ANS é Constitucional? É constitucional a produção de normas jurídicas inovadoras e vinculantes para a iniciativa privada sem a participação do poder legislativo?

Conforme apontamos no início deste trabalho cremos que a atuação normativa inovadora de Agência Regulatória se legitimaria pela concessão de serviço público, que esta ainda é aceitável perante a Constituição Federal no caso da Anvisa por força dos artigos 197 e 200 da Constituição Federal.

Entretanto, já afirmamos e demonstramos porque tais artigos constitucionais não se aplicariam a ANS de modo que a criação normativa inovadora desta em nossa opinião, é inconstitucional, pois viola a reserva legal do Poder Legislativo, exceto nos casos em que a ANS esteja expedindo normas não inovadoras dando aplicação as Leis 9.656/98 e 9.961/2000, ou mesmo esteja exercendo função executiva e fiscalizatória do atendimento pelas operadoras de planos de saúde aos ditames desta, casos em que as referidas normas devem ser aplicadas.

Todas estas exigências e poderes da ANS são voltados para a garantia de transparência e equidade dos contratos dos planos de saúde e a garantia de segurança financeira das operadoras de planos de saúde e portanto são em última análise proteção ao consumidor que ali deposita direta ou indiretamente através de seu empregador seu dinheiro com a expectativa de socorro em caso de sinistro de saúde.

Desta forma, em nossa opinião o puro e simples poder de polícia da ANS embora contundente é perfeitamente constitucional pois lastreado na defesa do consumidor prevista nos artigos 5, inciso XXXII e 170, inciso V a Constituição Federal.

Entretanto nos cabe analisar a constitucionalidade do poder de regulamentação econômica da ANS trazido pela Lei 9.961/2000 em seu artigo 4º, incisos XVII e XVIII na previsão que confere a ANS poderes para controlar os preços dos planos de saúde.

Na nossa opinião, como já dito, a previsão já seria inicialmente inconstitucional por ferir o artigo 170 da Constituição Federal, já que não garante, pelo contrário aniquila a concorrência.

Porém, como no caso dos medicamentos, há que se analisar a sua eficácia para o atendimento do disposto no artigo 196 da Constituição Federal, ou seja, para a ampliação do acesso da população as ações e serviços de saúde.

O controle de preços que vem sendo exercido pela ANS apenas em relação aos planos de saúde contratados por pessoas físicas, com autorizações de

aumento anual padrão por índice nacional calculado pela média dos aumentos dos planos de saúde empresarias.

Referido controle não combate as falhas de concorrência, que apontamos no mercado de planos de saúde e não considera os mercados relevantes em que poderia ou não ocorrer a concorrência de modo a não contribuir para a redução dos preços dos planos de saúde, algumas vezes até dando aumentos que em alguns casos, vão além do que seriam naturalmente dados pelos planos de saúde em dado mercado relevante.

A ineficiência do controle de preços realizada é facilmente percebida ao se acompanhar a evolução dos planos de saúde para pessoas físicas no Brasil, marcada pela redução da abertura destes planos e a retração de sua venda em relação aos planos empresariais.

Verifica-se assim que os planos de saúde sujeitos ao controle de preço (planos individuais) regridem percentualmente face aqueles regidos pela livre concorrência (planos empresariais), mesmo face a um aumento de número total de vidas seguradas.

Esta regressão dos planos de saúde com preços controlados demonstra de maneira empírica e cabal que o controle de preços é um desestímulo ao acesso aos planos de saúde, contrariamente ao normativo constitucional.

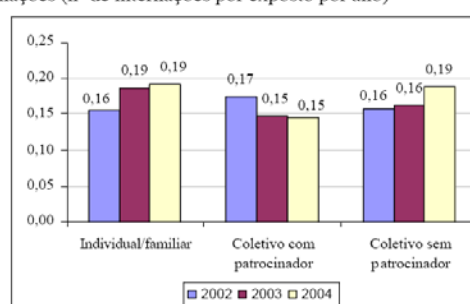
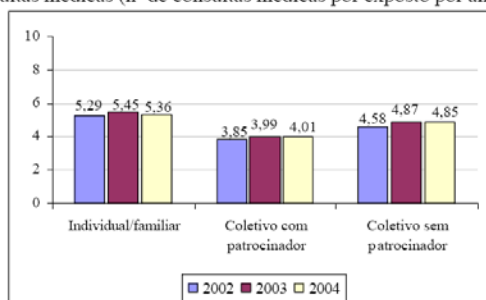
Vale notar que esta regressão do planos das pessoas físicas impõe uma redução do acesso as ações de saúde pois os níveis de utilização de serviços de saúde também são maiores nestes planos do que nos empresariais, inclusive porque nestes a presença de idosos e crianças é mais acentuada:

❖ Freqüência de utilização média por item de despesa e tipo de contratação do plano - **operadoras médico-hospitalares com ou sem assistência odontológica** - Brasil – 2002 a 2004

Tipo de evento	Individual/Familiar			Coletivo com patrocinador			Coletivo sem patrocinador		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Consultas médicas	5,29	5,45	5,36	3,85	3,99	4,01	4,58	4,87	4,85
Internações	0,16	0,19	0,19	0,17	0,15	0,15	0,16	0,16	0,19
Exames Complementares	5,67	5,99	6,11	4,80	5,19	5,11	5,46	5,65	5,89
Terapias	0,61	0,53	0,58	0,46	0,57	0,61	0,54	0,76	0,79
Outros Atendimentos Ambulatoriais	0,81	0,63	0,62	0,61	0,71	0,70	0,67	0,87	0,79

Fonte: Sistema de Informações de Produtos - SIP - ANS/MS – processado em 10/01/2006

Consultas médicas (nº de consultas médicas por exposto por ano)

Internações (nº de internações por exposto por ano)

Terapias (nº de terapias por exposto por ano)

	Individual/familiar	Coletivo com patrocinador	Coletivo sem patrocinador
2002	0,61	0,46	0,54
2003	0,53	0,57	0,76
2004	0,58	0,61	0,79

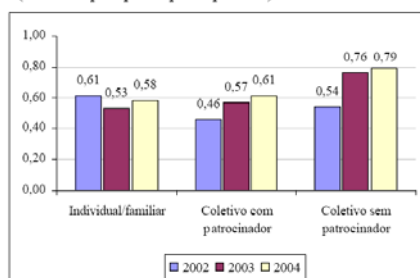



Ilustração 1 Utilização Média do Plano de Saúde (item/tipo de contratação) 2002 - 2004

Assim, os planos de saúde no Brasil são voltados para a oferta empresarial, deixando as pessoas físicas não empregadas relegadas ao atendimento ineficiente do SUS, sendo interessante notar a semelhança desta situação com a que tínhamos no atendimento de saúde pelo Estado no passado, ou seja o atendimento apenas aos trabalhadores.

Isto posto, pode-se observar empiricamente independentemente de maiores digressões que o controle de preços de planos de saúde desfavorece o acesso da população aos planos de saúde e, consequentemente, aos serviços de saúde que seriam financiados por estes e, assim, afronta o artigo 196 da Constituição Federal, sendo portanto inconstitucional o artigo .

Ademais, a atuação da ANS em relação aos reajustes de plano de saúde por desastrosa que vem se demonstrando afronta como ato administrativo o princípio da eficiência esculpido no *caput* do artigo 37 da Constituição Federal, posto que estão sendo claramente ineficientes para a ampliação do acesso aos planos de saúde conforme determinado por nossa Constituição Federal.

CONCLUSÃO

A partir do momento em que o ser humano passou a produzir excedentes em sua luta pela subsistência, surgiu a possibilidade de trocas deste excedente por outras coisas com outras pessoas, hipoteticamente surgiu assim a primeira operação econômica.

Evidentemente uma troca pressupõe que as coisas trocadas sejam das partes e que as outras pessoas respeitem esta suposição. Surge a propriedade, a regra de conduta segundo a qual alguém pode dispor de alguma coisa e os demais devem respeitar o direito da pessoa de fazer com esta coisa o que bem entender. Ademais, as partes têm de se respeitar mutuamente no sentido de que se entregue um bem deve se dar a entrega do outro, com o aproveitamento social destas trocas surge ainda um sistema social que garante que a troca seja honrada, criando penalidades para os que não honrarem a troca.

Desta simples situação hipotética podemos tirar a idéia de que as relações econômicas dependem do direito para se realizarem e também que o direito existe também porque as relações, em grande parte econômicas, precisam ser garantidas.

O Estado, legitimado pelo sistema jurídico surge para monopolizar o uso da força e para defender os cidadãos. Neste monopólio do uso da força ele se torna

responsável por criar e fazer cumprir o direito, que também cria e dá forma ao próprio Estado. Além das funções ligadas ao direito, o Estado também se torna responsável pela prestação de utilidades públicas e posteriormente pelo bom andamento da própria economia privada, para o alcance do bem-estar social, conforme lhe dita o direito. Da interação destes fatores sucintamente apontados, temos que o direito e a economia estão intimamente ligados na medida em que são objetos culturais interdependentes e necessários para a vida em sociedade e o progresso da humanidade.

A atuação livre dos agentes econômicos, sempre em busca de seus interesses hedonistas, que levou a grande avanço da humanidade, deixa de ser uma solução viável quando os agentes econômicos acumulam tamanho poder que deixam de se curvar aos ditames dos consumidores para passar a ditar regras para estes, momento em que o Estado é chamado a intervir. O Estado por sua vez, também não consegue prestar todas as utilidades públicas que concentrou e passa a conceder à iniciativa privada o privilégio de seu fornecimento, mas mantém seu poder interventivo nestas atividades de grande relevância social.

A intervenção do Estado na economia restou refletida pelo direito em normas destinadas a proteger a higidez do mercado (legislação antitruste), a regular a atuação dos agentes econômicos em relação aos serviços públicos privatizados, bem como, regular a atividade dos agentes econômicos que fornecem utilidades que, apesar de não serem monopolizadas pelo Estado, são tão relevantes para a sociedade que também são de responsabilidade do Estado, que deve regular estes mercados, como de fato ocorre com a saúde e a educação.

No Brasil, nossa atual Constituição Federal admite o planejamento das atividades econômicas relacionadas à prestação de serviços públicos por conta da adesão ao contrato pelos particulares que prestam serviços públicos, garantindo a livre concorrência para os particulares nos demais mercados.

Apesar de os produtos e serviços de interesse da saúde não serem propriamente considerados serviços públicos, suas muitas externalidades fizeram com que o Constituinte de 1988 considerasse esta atividade econômica como de interesse público, e, muito embora não tenha estabelecido um monopólio para o Estado, sujeitou os particulares a regulamentação que é exercida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e agora pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária trata dos aspectos técnicos da garantia dos cidadãos contra o risco dos produtos e serviços para a saúde, bem como, da fiscalização de sua prestação adequada. A Agência Nacional de Saúde Suplementar cuida dos riscos contra a economia popular inerentes à atividade de seguro saúde. A Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) é responsável pela regulação econômica do mercado de medicamentos para o aumento da competição no mercado de medicamentos e oferta destes para a população.

Tanto a ANS quanto a CMed têm poderes de regulamentação de preços o que nos termos da atual sistemática constitucional brasileira, no tocante a ordem econômica, será inconstitucional em todas as atividades que não sejam serviços públicos próprios. A regulamentação da atividade econômica em saúde e para os

planos de saúde é constitucional mas não o controle de preços, que além do vício geral de inconstitucionalidade por ser contrário a livre concorrência e livre iniciativa ainda padece de insconstitucionalidade específica por coibir a atividade econômica, a concorrência e a expansão da oferta de produtos e serviços para saúde.

Conforme demonstramos, o controle de preços não combate as falhas de concorrência presentes nos mercados de medicamentos e planos de saúde e está coibindo investimentos e a concorrência nestes setores, o controle de preços trata unicamente do sintoma destas falhas e não sua causa e como o medicamento que reduz a febre mas não cura a infecção está mascarando os efeitos e impedindo o tratamento eficaz de sua doença, necessário para o atendimento do mandamento constitucional de ampliação de acesso a população brasileira.

Bibliografia

SILVA, Américo L. M. da. **A Ordem Constitucional Econômica**. Rio: Lúmen Júris, 1996.

SOUZA, Washington P. A. de. **Primeiras Linhas de Direito Econômico**. 5ª e.d., SP: LTR. s/d

NUSDEO, Fábio, **Curso de Economia: Introdução ao Direito Econômico**. 3ª ed., Revista dos Tribunais, São Paulo, 2001.

TAVARES, André Ramos. **Direito Constitucional Econômico**. SP: Método, 2003.

JUSTEN Filho, Marçal, **O Direito das Agências Reguladoras Independentes**, SP: Dialética, 2002

SANTACRUZ, Ruy. Preço Abusivo e Cabeça de Bacalhau. **Revista Doutrina e Jurisprudência do IBRAC.** s/d

BRUNA, Sérgio V. **O poder econômico e a conceituação do abuso em seu exercício**. 1. ed. São Paulo: RT, 1997

SANCHEZ, C.G., **Aspectos da relação entre Estado e Iniciativa Privado: Enfoque Constitucional**. Dissertação – Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1999.

FILHO, Calixto S. **Regulação da atividade econômica: princípios e fundamentos jurídicos**. 1.ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

SAMPAIO FERRAZ Jr. T. Lei de Defesa da Concorrência: Origem Histórica e Base Constitucional. **Revista dos Mestrandos em Direito Econômico da UFBA,** 1992.

FORGIONI, Paula, **Os Fundamentos do Antitruste**, 1. ed., Revista dos Tribunais, São Paulo, 2001

GRAU, Eros Roberto. **O direito posto e o direito pressuposto.** 5ª ed., São Paulo: Malheiros, 2003

-----------------------------. **A Ordem Econômica na Constituição de 1988**. 8.ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2003.

SCOTT, Paulo Henrique Rocha, **Direito Constitucional Econômico**, Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2000.

IV – Ferramentas e experiências de gestão

17 - MOTIVAÇÃO DOS ENFERMEIROS: ASPECTOS QUE INFLUENCIAM O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Denise Cavallini Alvarenga.Enfermeira, MBA em Economia e Gestão da Saúde pela PUC/SP, Gerente de enfermagem do Hospital Samaritano de São Paulo.

Carmen Lúcia A. Rittner . Psicóloga, mestre em psicologia social, professora da PUC/SP.

Este artigo objetiva conhecer a motivação dos enfermeiros na busca por novos conhecimentos para o desenvolvimento profissional; Identificar aspectos que contribuam para a motivação e desmotivação na busca por novos conhecimentos para o desenvolvimento profissional. Para a verificação dos objetivos propostos optamos pela realização de um estudo descritivo, transversal, de campo, com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em um hospital geral, privado, de médio porte da cidade de São Paulo, no período de junho de 2004. A amostra foi constituída por 90 enfermeiros que responderam um questionário para caracterização da amostra e dos fatores que influenciam na motivação para o aprimoramento profissional, pautado nas teorias de Maslow, Herzberg e Vroom (Maitland, 2000) e os dados obtidos foram analisados pela estatística descritiva.

A enfermagem é definida como ciência e a arte do cuidar. A arte do cuidado sempre existiu, muito ligada à mulher, devido à maternidade e sempre presente, também, no cuidado aos doentes em todos os tempos.As práticas de saúde instintivas foram as primeiras formas de prestação de assistência, relacionadas com a prática domiciliar de partos. Entretanto, o 1º passo rumo à ciência de enfermagem foi dado por Florence Nightingale, nobre inglesa, que no desejo de realizar-se como enfermeira parte em busca de conhecimento e dedica-se com ardor a trabalhos intelectuais e,

graças a sua atuação na Guerra da Criméia, consegue iniciar uma Escola de Enfermagem em 1859, na Inglaterra. No Brasil, a origem de profissão data do período colonial, surgindo como uma simples prestação de cuidados aos doentes realizados por escravos que auxiliavam religiosos. Em 1899 foi fundada a 1º Escola de Enfermagem Brasileira – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – dirigida por enfermeiras diplomadas (Turkiewicz, 1995) .

Em São Paulo, coube ao Hospital Samaritano contribuir para o desenvolvimento de enfermagem leiga e profissionalizada. Em 1899, a instituição tendo apenas cinco anos de atividade, já contava com seis enfermeiras inglesas diplomadas.

Em 1959 foi reconhecida e autorizada pelo governo federal, a Escola de Enfermagem do Hospital Samaritano, que passou a ministrar curso de Graduação em Enfermagem. Nesta época, o Hospital, além da casa e do local de trabalho, era também escola, centro de aprendizado e de desenvolvimento profissional (Assis, 2001).

Essa trajetória histórica da profissão, embora não seja objeto deste trabalho constitui o pano de fundo do contexto no qual nos encontramos inseridos, no gerenciamento de um grupo de 521 profissionais de enfermagem, em uma instituição hospitalar, que contribuiu para o avanço da profissão no país.

De lá para cá, a tecnologia e o conhecimento na atenção à saúde evoluiu muito e rapidamente, levando à re-organização, tanto dos hospitais, quanto dos profissionais que nele atuam.

O enfermeiro exerce função de liderança em um mercado cada dia mais competitivo, no qual o conhecimento e o desenvolvimento de novas habilidades são imprescindíveis ao exercício profissional visando a qualidade assistencial. Todavia,

toda busca de conhecimento necessita de motivação. A motivação é uma força que nos impulsiona, nos fornece energia, levando-nos a persistir em busca do alcance dos nossos objetivos (Bamberg; Soares, 2003).

A motivação na enfermagem tem sido estudada por pesquisadores, bem como suas implicações no resultado do trabalho (Cunha, 1994; Alves-Pereira, 1999; Toledo, 2000). Os aspectos motivacionais podem ser influenciados por diversas variáveis, como estrutura organizacional, situação política do país, condições sócio-econômicas, tornando o diagnóstico institucional mais adequado.

À frente de um serviço de enfermagem temos acompanhado o engajamento dos enfermeiros em cursos de treinamento, participação em eventos e realização de pesquisas científicas, parecendo-nos que, em muitos momentos, essa participação permanece aquém das oportunidades existentes ou oferecidas pela Instituição. Nos indagamos: quanto os enfermeiros dessa instituição encontram-se motivados para buscar o desenvolvimento profissional tão exigido pelo mercado na atualidade e tão primordial à qualidade da assistência?

Conhecer a situação motivacional desses enfermeiros levou-nos à realização deste trabalho, por acreditar que poderá favorecer a implementação de estratégias pela gerência de enfermagem, que possibilitem a criação de novas oportunidades e formas de encorajamento desses profissionais para que possam aplicar seus talentos e aproveitar tais oportunidades auxiliando-os, quando estão prontos, para buscar o caminho da transformação.A motivação é atribuída, geralmente, ao nosso desejo de agir de uma determinada forma a fim de conseguir certos fins e objetivos. Entretanto, conhecer os motivos subjacentes ao comportamento ativo é bastante complexo, pois os mesmos são difíceis de serem definidos, delimitados e classificados com exatidão.

Algumas atividades como a escolha da carreira ou da ocupação, de matérias de estudo e atividades de lazer normalmente são mediadas por “interesses”. Um “interesse” geralmente envolve algum raciocínio e estudo na tentativa de se aumentar o conhecimento útil dentro da esfera de interesses, e freqüentemente, a ação empregada para atingí-los (Vernon, 1973).

Outra forma de olhar a motivação é por meio da “necessidade de realização”, o desejo de fazer alguma coisa melhor ou de forma mais eficiente do que já foi feita, ou ainda, a motivação pautada no desejo de poder, poder esse não relacionado ao comportamento ditatorial, mas sim, ao desejo de ter impacto, de ser forte e influente (Vroom, 1997).

A enfermagem é uma profissão no rol das ciências humanas, tendo como foco de ação o cuidado. Cuidar melhor a cada dia e com embasamento científico tem sido a tônica do discurso de muitos profissionais.

Três teorias, segundo Maitland (2002), são particularmente mais aceitas acerca da motivação: 1) a pirâmide de necessidades de Maslow; 2) a teoria dos dois fatores, de Herzberg; e 3) a teoria da expectativa, de Vroom.

Abraham Maslow foi um psicólogo americano que acreditava que todos os indivíduos apresentavam uma hierarquia de necessidades que precisavam ser satisfeitas, sendo que a passagem de uma a outra só seria possível apenas quando a antecedente estivesse satisfeita, obedecendo a seguinte ordem: necessidades fisiológicas, de segurança, sociais, de auto-estima e de auto-realização.

A teoria dos dois fatores de Herzberg considera dois grupos de fatores relevantes à motivação:

- os fatores de higiene: condições de trabalho, pagamento, segurança no trabalho, relações no trabalho, práticas de supervisão, administração, política e administração da empresa.
- os fatores motivadores: o trabalho em si, responsabilidade, senso de realização, reconhecimento e perspectivas de evolução.

Herzberg acreditava que o trabalho, em si, é o principal motivador no ambiente de trabalho e que todas as outras influências possíveis são de importância secundária.

A teoria da expectativa de Vroom foi formulada por Victor H. Vroom a partir das duas anteriores. Para ele existem duas partes que compõem a motivação: os desejos individuais e as expectativas de alcançá-los.

Muitos dos elementos dessas teorias permeiam a satisfação do enfermeiro na realização do seu trabalho, assim como podem influenciar na busca pelo desenvolvimento profissional. Entendemos que a motivação na busca pelo conhecimento e pelo auto-desenvolvimento profissional é a mola-mestra para as ações profissionais. É no campo das inter-relações, complexas e multicausais, do que motiva ou desmotiva o enfermeiro nesse processo que este trabalho foi desenvolvido.

A amostra estudada constituiu-se de 90 enfermeiros assistenciais, o que corresponde a 62% do quadro de pessoal institucional para essa categoria profissional. Dos pesquisados, 97% era do sexo feminino e 3% do sexo masculino, com média de idade de 33,4 anos, com graduação concluída em média de 9,4 anos e 74% com pós-graduação concluída ou em curso (89% *lato sensu*, 8% *stricto sensu* e 3% não especificou).

Dos 90 enfermeiros participantes do estudo, 93% referiu estar motivado para a busca de novos conhecimentos que possibilitem o desenvolvimento profissional. O indicativo disto é o fato de que 72% realizou cursos externos (com financiamento próprio) e 96% participou de cursos internos na Instituição.

Pasti, Gir e Dela Coleta (1999) estudando o perfil motivacional dos enfermeiros de uma instituição do interior de São Paulo encontraram também altos níveis de motivação de realização, relacionado à busca de metas difíceis, porém alcançáveis, geradas por uma necessidade de superar-se a si mesmo e aos outros.

Os principais motivos que justificam o fato dos enfermeiros sentirem-se motivados, se referem ao próprio desenvolvimento do profissional frente a necessidade de atualização (25,5%), um melhor desempenho (20%), satisfação e crescimento profissional (13%) e devido a um mercado competitivo (11%), entre outros .

Nas tabelas 1 e 2 encontram-se descritos os fatores que favorecem ou dificultam a busca por novos conhecimentos que constituem fatores motivadores ou desmotivadores para essa prática, que podem ser intrínsecos ou extrínsecos, categorizados, principalmente, em individuais e institucionais.

Esses fatores têm relação com a dinâmica pessoal e profissional dos enfermeiros que incluem o perfil do indivíduo, o próprio trabalho em si, a necessidade frente ao mercado, o tempo disponível, o apoio familiar, o incentivo por parte da instituição na qual trabalha, acrescidos ainda, de algumas facilidades como a evolução tecnológica de acesso à informação, além da cidade na qual se realizou este estudo configurar uma grande metrópole que propicia uma infinidade de oportunidades de aprimoramento profissional.

Os motivos são desejos ou impulsos provenientes da própria pessoa, direcionados para obtenção de objetivos, podendo ser conscientes ou subconscientes. São as razões do comportamento humano. Os motivos são fatores internos que levam à motivação. É a própria pessoa que se motiva. Mas existem também fatores externos que contribuem para estimular e despertar os motivos, denominados pelos psicólogos de incentivos, não necessariamente financeiros (Marra, Fernandes Carmagnani, 1988).

Tabela 1 – Distribuição dos fatores facilitadores na busca de novos conhecimentos profissionais relatados pelos enfermeiros. São Paulo, 2004.

Fatores Facilitadores	*f*	**%**
Individuais		
Atributos pessoais (responsável, perseverante, interessado, curioso, seguro, força de vontade).	32	60
Relacionados ao trabalho (gostar do que faz, troca de experiências, evolução científica, aplicabilidade prática)	11	21
Administração de tempo de pessoal	09	17
Incentivo Familiar	01	2
TOTAL	**53**	**100**
Institucionais		
Incentivo institucional (financeiro)	34	42
Horário de trabalho (flexibilidade e liberação)	25	31
Cursos (treinamento e eventos)	19	23
Reconhecimento.	03	4
TOTAL	**81**	**100**
Outros		
Banco de dados (Internet, bibliotecas)	08	80
Associação de Classe	01	10
Localização (cidade de São Paulo)	01	10
TOTAL	**10**	**100**
TOTAL GERAL	**144(*)**	**100**

(*) O número de justificativas excedeu. Amostra (n = 90) devido os profissionais terem apresentado mais

de uma resposta**.**

Tabela 2 – Distribuição dos fatores que dificultam a busca de novos conhecimentos profissionais relatados pelos enfermeiros. São Paulo, 2004.

Fatores que dificultam	*f*	**%**
Individuais		
Fator Financeiro	*37*	60
Família	08	13
Cansaço	05	09
Dupla Jornada	05	08
Falta de Estímulo	04	06
Falta de Motivação pessoal	02	03
Desinteresse	01	01
TOTAL	**62**	**100**
Institucionais		
Horário (indisponibilidade) - (escala/liberação/incompatibilidade)	58	85
Não reconhecimento institucional	04	06
Falta de plano de carreira	03	4.5
Política de Treinamento	01	1.5
Obrigatoriedade pela Chefia	01	1.5
Dinâmica do Setor	01	1.5
TOTAL	**68**	**100**
Outros		
Custo Elevado	27	96
Local	01	04
TOTAL	**28**	**18**
TOTAL GERAL	**158 (*)**	**100**

(*) O número de justificativas excedeu. Amostra (n = 90) devido os profissionais terem apresentado mais de uma resposta**.**

Para Hezberg (Maitland, 2000) o termo motivação se integra aos sentimentos de realização, de crescimento profissional que se manifestam no exercício das

tarefas que oferecem suficiente desafio e significado para o trabalho. Nessa teoria o trabalho em si é a grande força motriz para o desenvolvimento, satisfação e realização. Ao contrário disso, observamos que certa ênfase foi dada pelos enfermeiros, aos aspectos institucionais considerados por esse autor como secundários.

Os enfermeiros parecem viver uma relação ambígua na profissão, que ora se motiva pelo trabalho em si, quando se sentem importantes para um paciente que se recuperou e ora se desmotivam demonstrando desagrado e decepção com a enfermagem, até porque muitos optam pela profissão sem gostar dela (Lima, 1992). Neste estudo, poucos enfermeiros referiram espontaneamente “gostar do que faz” como fator motivador, destacando-se mais os atributos pessoais (perseverança, força de vontade, ser curioso) que parece guardar mais relação com o perfil do indivíduo do que o perfil da atividade laboral.

Camargo e Bueno (2003) ressaltam que:

> *“ as pessoas só se motivam quando percebem claramente a possibilidade de prazer naquilo que fazem. (...) Se a aproximação ao prazer não nos é suficientemente clara surgem as manifestações de descontentamento e insatisfação. (...) A busca pela realização profissional e pessoal, a necessidade de ajudar as pessoas e a luta pela subsistência, confrontam-se com a submissão ao controle e ao poder autoritário, com as dificuldades para o desenvolvimento profissional, com a monotonia e o desgaste pelo ritmo de trabalho, com a necessidade de descanso e de afetividade na convivência com a família, de participação em encontros culturais e sociais, de aspirar a liberdade, ao sentir-se*

sufocado pelas limitações que pertencem ao dia-a-dia dos trabalhadores, sobretudo no hospital."

Os enfermeiros, embora ressaltem sua motivação, indicam fatores externos a eles que parecem estar aquém da sua capacidade de gerenciamento no que tange o desenvolvimento profissional. Para Bergamini, já que "ninguém motiva ninguém" o que se torna importante detectar é o que para as pessoas motivadas faz disparar os impulsos comportamentais capazes de criar o "ato motivacional" (Magalhães, 1987). O que os enfermeiros desejaram demonstrar, uma vez que têm investido em cursos e eventos foi talvez a possibilidade de um crescimento contínuo e otimizado que facilitasse esse "ato motivacional" na busca por novos conhecimentos relacionados, ao que sob sua ótica, tem implicação direta com esse comportamento, representado pelo incentivo financeiro institucional e a flexibilidade de horários de trabalho. A enfermagem, de um modo geral, trabalha em regime de plantão, com quadro de pessoal bastante ajustado para o cumprimento das escalas de serviço, quando não aquém, o que parece dificultar o engajamento em atividades de aprimoramento profissional, fato esse mais agravado ainda, quando o profissional tem mais de um vínculo empregatício, também bastante comum.

A provisão financeira institucional na percepção desses profissionais parece configurar o principal fator facilitador ou motivador uma vez que eles apontam as limitações financeiras no âmbito individual (60%) como um fator desmotivador, que dificulta a busca por novos conhecimentos. Isso nos leva a inferir, que na lista das prioridades a serem cobertas pelo orçamento desses profissionais, outras despesas sobrepujam o investimento no desenvolvimento profissional. Os enfermeiros acenam como que a dizerem "eu quero, mas se ninguém me ajudar, eu não posso", alocando assim, parcela de responsabilidade para um *locus* resolutivo externo.

A flexibilização de horários foi apontada como fator facilitador, para alguns, mas muito mais como elemento limitador (85%) denotando que dentro da organização parecem existir critérios diferenciados no que tange a liberação e ajustes na escala de serviço, que possibilitem aos profissionais maior participação em atividades de caráter científico-educacional. Isso talvez se deva ao fato da ausência de uma política clara que minimize a subjetividade da liderança, em nível hierárquico imediato, quando esses aspectos necessitam ser considerados.

Neste estudo, a média de porcentagem de atendimento das 5 dimensões de necessidades básicas (Proposta por Maslow em 1943), revelou que elas se encontram parcialmente satisfeitas para a maioria dos enfermeiros (73%), mantendo-se, portanto, como estímulo motivacional. As médias de atendimento indicando que as necessidades (em sua totalidade) foram plenamente satisfeitas ou não satisfeitas, correspondem a 21% e 6%, respectivamente.

A busca por novos conhecimentos pode ser enquadrada, à luz da teoria de Maslow, nas necessidades de auto-realização, que se expressa pela necessidade mostrar o potencial existente em cada indivíduo (Olschowsky, Chaves, 1997) e constitui o ápice da pirâmide, portanto, mais difícil de ser satisfeita, uma vez que os esforços individuais têm que ir ao encontro, primeiramente, das demais necessidades que a antecedem.

Di Lascio (1980) identificou que as necessidades percebidas como as mais importantes pelos enfermeiros são as de segurança e a de auto-realização, o que reforça o índice elevado de motivação encontrado neste estudo.

Chamou-nos a atenção o fato de apenas 20% dos enfermeiros relatar que suas necessidades fisiológicas, que constituem o nível mais básico, encontrarem-se

plenamente satisfeitas e questionamos o quanto isso pode interferir no atendimento da necessidade de auto-realização.

A teoria das necessidades humanas básicas não prevê, entretanto, nuances de valoração dos elementos que compõem cada nível hierárquico, que podem levar o indivíduo a rechaçar ou negligenciar uma necessidade em detrimento de outra, levando-o a deter-se, até mesmo indefinidamente num mesmo nível até que possa avaliá-lo como satisfeito. Por exemplo, satisfazer a necessidade de moradia pode variar da aspiração de uma habitação simples à obtenção de uma mansão, com julgamento de valor tal pelo indivíduo, que todas as demais necessidades permanecerão subjugadas a essa.

Com relação aos níveis de satisfação, realização e reconhecimento do indivíduo ao seu trabalho a maioria dos enfermeiros (60%) referiu sentir-se plenamente satisfeita e realizada, contudo, sente-se parcialmente reconhecida (80%).

O reconhecimento, para alguns autores, é fator intrínseco à realização e satisfação (Santos, Rodrigues Filho, 1995; Olschowsky, Chaves, 1997) e que neste estudo, como foi avaliado isoladamente pareceu não interferir nos outros dois aspectos. Os enfermeiros estão satisfeitos, realizados, porém não reconhecidos, o que denota certo grau de expectativa frente à organização a que pertencem, o que foi demonstrado em diversas respostas que permearam esta pesquisa.

Para Padilha (2004) as cinco condições fundamentais da verdadeira valorização profissional são dignidade, realização, reconhecimento, segurança e perspectivas de futuro. Acrescenta ainda, que o reconhecimento profissional começa pelo reconhecimento dos próprios colegas de profissão e parafraseando Tolstoi afirma que "*se você quer cantar para o mundo, tem que cantar primeiro, para sua*

aldeia". Isso se aplica a qualquer profissional, pois se quer ser valorizado pelo mercado (mundo), precisa ser valorizado pelos seus colegas (a sua aldeia), uma vez que não se conhece nenhum caso de um grande profissional reconhecido pelo mercado que não seja reverenciado pelos seus colegas.

Tais considerações levam-nos a refletir sobre que estratégias a enfermagem poderia lançar mão para lograr o tão almejado reconhecimento. A união, o espírito de grupo, a atitude de prestigiar e de ressaltar o potencial dos enfermeiros (pelos próprios enfermeiros) parecem ser possibilidades interessantes. Talvez seja um primeiro (e essencial) passo nesse sentido, que deve ocorrer de forma consistente e contínua para o atendimento dessa expectativa, com conseqüente reconhecimento institucional ou do mercado.

Os enfermeiros consideram que tanto a manutenção do emprego ou a ascensão decorrem da atualização do conhecimento (40%), melhora a performance teórico-prática (5%), que resultam na qualidade assistencial (16%), além de diferenciar o profissional no mercado de trabalho (3%) cada vez mais competitivo (9%).

Outras justificativas bastante diversificadas foram elencadas que constituíram 27% das respostas: traz novas idéias e caminhos para a empresa melhorando a dinâmica e o ambiente de trabalho e o próprio profissional; a demonstração de interesse institucional pelo trabalho do enfermeiro; o crescimento profissional; o estabelecimento de visão positiva da chefia sobre o enfermeiro; o destaque entre os colegas de trabalho; favorece a padronização da linguagem e a segurança na realização de procedimentos pelos profissionais (referindo-se aos treinamentos internos) e também, porque a instituição considera importante.

Entretanto, alguns enfermeiros não acreditam no desenvolvimento profissional como elemento de manutenção do emprego (10%), pois têm a percepção de que tais conhecimentos ou não se aplicam à realidade na qual se encontram inseridos, ou entendem que a instituição não dispõe de mecanismos de reconhecimento formal que justifiquem tal investimento. As justificativas para isso relatadas, portanto foram: a dificuldade de implantar novos conhecimentos na instituição, principalmente devido à equipe médica; que os conhecimentos só melhoram a assistência mas não mantém o emprego; que o profissional só é penalizado se for um profissional ruim; que o que ajuda a manter o emprego é ser um bom profissional, responsável e ter respeito pelo paciente; que o que conta não é o que o profissional é capaz de produzir pelo seu conhecimento e sim, o quanto os superiores o apreciam; e que não adianta apenas um dos membros da equipe estar aprimorado.

Quanto à ascensão profissional a percepção dos enfermeiros se mostrou ainda mais negativa (39%) apontando que: não há plano de carreira estabelecido; que a capacitação só melhora a assistência; que não há opções de ascensão profissional, que a instituição tem “suas próprias maneiras” para promoção; que não vêem na chefia imediata capacidade para descobrimento de novos talentos e para incentivá-los, que as oportunidades são restritas; que mesmo tendo participado de oportunidades não logrou êxito; que não é dado o devido valor a quem busca aperfeiçoamento profissional, que depende ainda, de sorte, da política das relações, que a atividade assistencial limita ou que não vislumbra a ascensão por não intencioná-la.

No campo ainda das expectativas, os profissionais pesquisados dividem-se naqueles que buscam seu desenvolvimento profissional pelo aprendizado por meio

da realização de cursos e afins (52%) e aqueles que esperam alcançá-lo pela experiência na prática (45%).

A tabela 3 apresenta os possíveis fatores motivadores para a busca de novos conhecimentos profissionais no momento atual para os enfermeiros. Os enfermeiros relataram as suas crenças a cerca do que poderia resultar em motivação para a busca de novos conhecimentos.

Tabela 3 – Distribuição dos possíveis fatores motivadores atuais dos enfermeiros. Para melhoria de sua performance Profissional. São Paulo, 2004.

FATORES MOTIVADORES	*f*	%
Individuais		
Desenvolvimento Atributos pessoais	15	31
Administrar melhor o tempo (falta de tempo)	13	27
Melhora Financeira	10	21
Desejo de realizar cursos	08	17
Ter Incentivo Familiar	01	02
Melhorar qualidade de vida	01	02
TOTAL	**48**	**100**
Institucionais		
Outras Formas de incentivo (treinamento/pesquisa/financeiro/condições de trabalho/promoção)	32	32
Ter patrocínio institucional	28	28
Flexibilidade de horário	21	21
Reconhecimento	11	11
Plano de carreira	07	08
TOTAL	**99**	**100**
Outros		
Ter Deus	01	50
Não existe	01	50
TOTAL	**02**	**100**
TOTAL GERAL	**149 (*)**	**100**

(*) O número de justificativas excedeu. Amostra (n = 90) devido os profissionais terem apresentado mais de uma resposta.

No âmbito individual, os enfermeiros reconhecem sua parcela de responsabilidade na manutenção da motivação relacionando-a ao desenvolvimento de atributos pessoais (31%), tais como perseverança e força de vontade. E no âmbito institucional foram destacados pela maioria dos enfermeiros pesquisados (60%) o incentivo e apoio institucionais, principalmente financeiro, como elementos imprescindíveis à motivação para seu desenvolvimento.

No sentido mais comum, a motivação é vista como o grau de vontade e dedicação de uma pessoa na tentativa de desempenhar bem uma tarefa. É um processo que ativa, direciona e faz o indivíduo persistir em determinado tipo de comportamento, no qual a dimensão interna do indivíduo constitui parte importante para a ação, ou seja, é difícil motivar uma pessoa somente por fatores externos (Lima, 1996). Os enfermeiros neste estudo mostraram reconhecer, seu papel individual frente à atitude de buscarem novos conhecimentos se automotivando.

O tempo também foi enfatizado (27%), ou melhor, a falta dele como um aspecto que parece atingir não só os enfermeiros, mas o homem moderno de uma forma geral. Temos dificuldade em administrar o tempo de trabalho, com o tempo para estudar, para o lazer, para a família. É no trabalho que passamos a maior parte de nossas vidas e isso parece regular toda a distribuição do nosso tempo. Ele influência a psique humana na medida em que não se reduz a um controle cronológico externo (Richter, 2002), daí sua dimensão subjetiva expressada pelos enfermeiros deste estudo por esse “tenho que administrar melhor meu tempo”. Ainda no âmbito pessoal o desejo de realizar cursos e melhorar a qualidade de vida foram também mencionados.

Alguns fatores apontados, embora tenham sido classificados como individuais, guardam relações com outros, tais como o incentivo familiar que requer

o envolvimento daqueles que cercam o enfermeiro e de quem ele deseja obter apoio para o desenvolvimento dos projetos pessoais e profissionais. O fator financeiro que requer melhora parece constituir um problema difícil de ser solucionado, pois implica também em esforços, às vezes, para além do indivíduo. A melhora financeira para o enfermeiro é decorrente de melhores salários que é alcançado por iniciativa própria, normalmente observada na busca de um 2º vínculo empregatício ou pelo oferecimento de condições salariais mais atraentes pela Instituição de saúde. O primeiro mecanismo é limitado à medida que, quando o indivíduo já possui um segundo vínculo, fica mais difícil ampliar a sua jornada de trabalho. O duplo vínculo (ou mais que isso) implica em redução significativa de tempo do profissional para seu aprimoramento, encerrando um círculo vicioso, em que para ter mais dinheiro, terá menos tempo. Por outro lado, a melhora financeira nem sempre também é direcionada para tal fim, pois o desenvolvimento profissional como mencionado está ligado à necessidade de auto-realização que pode não ser valorizada de tal forma que a torne prioridade na vida do enfermeiro. Os valores implicam necessariamente uma preferência, uma distinção entre o que é importante para o indivíduo e o que é secundário, entre o que tem valor e o que não tem (Tamayo et al, 1998). Existem profissionais que se a Instituição investir no seu desenvolvimento ele se desenvolve, mas se isso não ocorrer, parece não constituir meta a ser alcançada pelo próprio esforço, independentemente da situação sócio-financeira.

O segundo mecanismo, também sofre as limitações do quadro global político-financeiro do país, que faz com que as Instituições também elejam seus focos de prioridade de investimentos.

Embora o salário não apareça encabeçando as listas que indiquem níveis de satisfação dos trabalhadores em empresas de outros segmentos, ele tem sido

apontado como um valor que guarda relação com o rendimento operacional e atendimento das expectativas dos enfermeiros (Francisco, 1993). Justificado talvez, pelo fato dos enfermeiros receberem, em muitos serviços, baixa remuneração e por considerarem que o *status quo* que ocupam seja inferior a outros membros que compõem a equipe de saúde (Santos, Rodrigues Filho, 1995). A insatisfação com o *status* profissional revela que a categoria necessita perceber mais valorização e reconhecimento, até mesmo quando se encontram satisfeitos com a remuneração salarial (Matsuda, Évora, 2003).

A análise desses dados nos permite inferir que medidas individuais e institucionais devem ser planejadas e implementadas visando ao desenvolvimento dos enfermeiros. A motivação sob esse prisma depende tanto da consciência individual, no estabelecimento de metas claras e possíveis de desenvolvimento, quanto de uma boa e saudável política de pessoal (Olschovsky, Chaves, 1997), com gestão de recursos humanos que inclua visualização clara da carreira, promoção, aperfeiçoamento, gratificação e prêmios individuais e coletivos (Motta, 1993 apud Lima, 1996).

Conclusões e considerações finais

Este estudo permitiu conhecer a motivação dos enfermeiros na busca por novos conhecimentos que favoreçam o desenvolvimento profissional, a qual se mostrou elevada entre os profissionais de uma instituição privada.

Permitiu ainda, identificar os principais aspectos que facilitam a motivação e a desmotivação no âmbito individual, destacando-se os atributos pessoais e o apoio institucional, ratificando a importância dos fatores intrínsecos e ainda dos fatores extrínsecos que auxiliam no desencadeamento de fatores intrínsecos para a motivação.

Os enfermeiros do estudo apontaram como principais dificuldades na busca de conhecimentos, a limitação financeira, o horário de trabalho, assim como o custo elevado dos cursos de seu interesse. Embora a problemática financeira tenha sido enfatizada pelos enfermeiros, por questões metodológicas não nos foi possível apreender todos os aspectos que, talvez, estejam relacionados mais diretamente com o grau de satisfação profissional, panoramicamente abordado neste estudo. Infelizmente, a realidade ainda nos remete ao seguinte fato observável: palestras ou cursos, de bom nível, oferecidos a valores módicos ou até mesmo gratuitos, apresentam baixos índices de adesão da categoria. A análise dos achados, entretanto, implica em aspectos muito interessantes para o gerenciamento do serviço de enfermagem onde o estudo foi realizado, podendo ser aplicável a outras instituições, além das reflexões que pode propiciar.

Para a gerência de enfermagem do Hospital Samaritano, tornou-se premente investigar as formas de reconhecimento almejadas pelos enfermeiros no âmbito institucional, a fim de estudar a sua viabilização, com vistas a contribuir para a motivação, mediante estratégias factíveis. A apresentação dos resultados deste trabalho junto à superintendência também merece atenção a fim de sensibilizá-la quanto à necessidade de investimentos, que repercutam na valorização e no desenvolvimento do profissional enfermeiro, como por exemplo, a instituição de plano de carreira. Outra medida visando à efetiva motivação deve ser desenvolvida, com colaboração das lideranças de enfermagem, para o estabelecimento de um plano de incentivo junto aos enfermeiros.

Acreditamos que a motivação para o desenvolvimento profissional é aspecto fundamental na gestão de pessoas e por isso precisa ganhar maior espaço de discussão entre os profissionais, considerando todos atores envolvidos nesse tema,

de forma a equilibrar os esforços dos indivíduos e das instituições, construindo assim uma enfermagem competente, atualizada, satisfeita e porque não, com profissionais mais felizes e realizados.

Bibliografia

ALVES-PEREIRA, M.C.A. *Aspectos motivacionais da equipe de enfermagem no trabalho*. [dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1999.

ASSIS, C. *Valores Humanitários - a história do Hospital Samaritano.* São Paulo: Takano; 2001.

BAMBERG, R. SOARES, N.V. *Relações Interpessoais: reflexos na equipe de enfermagem e no cuidado ao paciente*. Rev Técnico-cient Enf 2003; 1(2):139-46.

CAMARGO, R.A.A. BUENO, S.M.V. *Lazer, a vida além do trabalho para uma equipe de futebol entre trabalhadores de hospital*. Rev. Latino-am Enfermagem 2003; 11(4): 490-8.

CUNHA, K. C. *Contexto e processo motivacional vivenciado por enfermeiras*. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1994.

DI LASCIO, C. M. D. *Satisfação no desempenho profissional da enfermeira. Estudo sobre necessidades psicossociais.* Rev Esc Enferm USP 1980; 14(3): 321-33.

FRANCISCO, M. T. R. *Rendimento no trabalho dos enfermeiros recém-formados e sua expectativa face aos valores ocupacionais*. Rev Enferm UERJ 1993; 1(1): 14-27.

LIMA, L. M. *Motivação na enfermagem – uma abordagem teórica e uma visão prática da realidade*. Texto Contexto Enferm 1996; 5(2): 132-39

MAITLAND, I. *Como motivar pessoas*. São Paulo: Nobel; 2000.

MAGALHÃES, S.R.T. *O enfermeiro e a gerência dos fatores produtores de satisfação e insatisfação na administração dos recursos humanos*. Hospital Adm Saúde 1987; 11(4): 184-7.

MARRA. C. C, FERNANDES, N. S, CARMAGNANI, M.I. S. *A qualidade da assistência de enfermagem e a motivação no trabalho*. Enfoque (São Paulo) 1998; 16(4): 88-9.

MATSUDA, L.M. ÉVORA, Y. M. D. *Gestão da equipe de enfermagem de uma UTI: a satisfação profissional em foco*. Ciência Cuidado Saúde 2003; 2(1): 11-8.

OLSCHOWSKY, A. CHAVES, E. H. B. *A realização, a filiação e o poder: em qual destes três fatores está calcada a motivação dos enfermeiros em um hospital de ensino?* Rev Gaúcha Enferm 1997; 18(1): 9-16.

PADILHA, E. *Valorização profissional*. Disponível em: http://www.eniopadilha.com.br/artigo (10 ago.2004)

PASTI, M. J. GIR, E. DELA COLETA, J. A. *Perfil motivacional do enfermeiro atuante em um hospital geral do interior paulista.* Rev. latino-am. enfermagem, Ribeirão Preto 1999; 7 (5): 33-41.

RICHTER, E.P. JOVER, E. R. NUNES, D. C. *Tempo como categoria analítica da subjetividade*. Psicologia Política 2002; 2(4): 233-248.

SANTOS, S. R. RODRIGUES FILHO, J. *Enfermagem: Fatores de Satisfação*. R. Bras. Enf. 1995; 48(3): 242-50.

TAMAYO, A. FARIA, J. B. FILHO, A. TAVARES, M. C. CARVALHO, E. M. BERTOLINN, V. *Diferenças axiológicas de músicos e advogados*. Psicol Reflex Crit 1998; 11(2): 281-94.

TOLEDO, V. P. *A percepção do enfermeiro quanto à importância do seu conhecimento em enfermagem psiquiátrica no desempenho de suas atividades*

profissionais. [dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2000.

TURKIEWICZ, M. *História da Enfermagem.* Curitiba: Etecla; 1995.

VERNON, M. D. *MOTIVAÇÃO HUMANA: A FORÇA INTERIOR QUE EMERGE, REGULA E SUSTENTA TODAS AS NOSSAS AÇÕES*. PETRÓPOLIS: VOZES; 1973.

VROOM, V. H. *Gestão de pessoas, não de pessoal.* Rio de Janeiro: Campus; 1997.

18 - GESTÃO POR COMPETÊNCIAS: DESAFIO NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Nydia Strachman Bacal

Médica hematologista e patologista clínica com MBA em Economia e Gestão de Saúde pela PUC/ São Paulo.

INTRODUÇÃO

A gestão de pessoas, desde a revolução industrial até o cenário de mundo flexível e globalizado dos dias de hoje, permanece como um desafio administrativo.

Esse artigo descreve a gestão baseada em competência, através de um levantamento teórico do conceito de competência. Analisa-se desde o nível individual, até as dimensões organizacionais, incluindo a utilização como ferramenta em processos de seleção, treinamento e desenvolvimento de carreira.

A concorrência existente hoje entre as corporações tem exigido que as empresas desenvolvam um diferencial competitivo a fim de sobreviver. As tecnologias avançadas não representam uma vantagem sustentável por um período de tempo suficientemente grande a ponto de mantê-las à frente nessa competição. O diferencial de caráter mais permanente é a competência individual e portanto organizacional, tratando-se de uma verdadeira vantagem competitiva, sendo que as demais organizações têm e terão dificuldade de reproduzir ou copiar.

Historicamente, o desafio de administrar pessoas cresceu desde o advento da guerra e da intensificação do processo industrial. Partiu-se do departamento pessoal até os dias de hoje em que se praticam e se implantam modelos estratégicos, sendo adotadas soluções como reengenharia, *downsizing* e outros. Soma-se a esses

aspectos a quase obrigatoriedade da gestão do aprendizado organizacional e do conhecimento nas corporações.

A gestão por competência nas empresas apresenta prós e contras. De um lado, define clara e objetivamente o desempenho esperado delineando um caminho a ser seguido e, de outro, emoldura o comportamento humano na busca por corresponder às expectativas rigidamente pré-definidas do trabalho, dificultando a flexibilidade necessária. Em algumas instituições de saúde com administração de vanguarda esses processos têm se implantado de forma progressiva.

Parte 1 – Um pouco da História da Administração

Na obra Os princípios da administração científica, publicada em 1906, Frederick Winslow Taylor desenhou as atividades desempenhadas pelos trabalhadores a partir de métodos, técnicas e tempos padronizados em relação às máquinas e equipamentos para maximizar a eficiência de produção. Ele acreditava que tendo esse referencial em mãos, cabia a empresa somente encontrar pessoas que eram física e psiquicamente capazes para a atividade e treiná-las. Dessa forma a produtividade seria maior – um bolo econômico maior - do qual a empresa e o trabalhador receberiam porções mais substanciais.

Conforme Drucker (1912), Taylor, diante de uma Comissão Parlamentar transformou o que tinha sido uma mera técnica, numa abordagem organizada, sistemática e transmissível do estudo do trabalho e de sua organização racional. Quase simultaneamente, Elihu Root, ao reorganizar o exército americano e Fayol, ao reorganizar uma empresa francesa de mineração, estabeleceram a contraposição do estudo de Taylor sobre a tarefa de um trabalhador dentro da força de trabalho. Eles

iniciaram um estudo sistemático da organização a fim de determinar quais tarefas precisavam ser executadas.

Conforme Drucker (1989) relatou em Fronteiras da Administração, nos anos posteriores a 1910 desenvolvem-se abordagens que enfocam a empresa e sua administração dentro da sociedade e da economia. Questões como a função do administrador em uma economia moderna em expansão e muito do marketing e do planejamento em longo prazo começou a ser enfocados e nos anos anteriores à Primeira Guerra. Na Alemanha observa-se o impacto da grande organização sobre a sociedade moderna e à responsabilidade da administração nesta sociedade. Suas preocupações tiveram eco nos Estados Unidos durante os últimos anos de guerra na pessoa de Henry Gantt.

A questão do indivíduo dentro da comunidade fabril e da organização industrial foi o primeiro dos temas administrativos.

Foi novamente analisado por Elton Mayo na Austrália (Koontz & O'Donnell;1981), sendo os principais tópicos da administração desde então:

- o estudo sistemático do trabalho;
- o estudo sistemático da organização;
- o estudo sistemático dos esforços e resultados;
- economia administrativa e empresarial;
- análise administrativa e contabilidade administrativa;
- a posição e responsabilidade social da administração;
- as relações humanas de uma sociedade industrial e o lugar do indivíduo dentro dela.

Conforme Duarte (2001), o primeiro marco da estruturação e formalização dos sistemas de gestão de pessoas aconteceu na definição do cargo, ou seja, o conjunto de tarefas associadas ao desempenho em um posto de trabalho.

As décadas que se seguiram a Segunda Guerra Mundial foram um período de expansão para os sistemas de gerenciamento. Toda uma geração de altos executivos envolveu-se com o desenvolvimento de uma pródiga carteira de ferramentas de planejamento e controle, projetadas para ajudá-los a pilotar a diversificação e o crescimento empresarial.

Hoje. por trás do *downsizing* de muitas companhias, uma revolução silenciosa está se desenrolando. Esta tem redefinido o papel dos empregados e feito emergir um novo contrato implícito entre eles e seus empregadores. Segundo alguns autores (Fleury, 2002) nenhuma empresa participou com mais entusiasmo dessa revolução do que a Norton (industria produtora de abrasivo e concorrente da 3M). Para citar só uma ferramenta, a Norton foi pioneira na utilização do PIMS – programa de computador voltado para a análise de 37 fatores sobre o potencial do lucro de uma empresa. Enquanto isso, a 3M alcançou as metas de diversificação almejadas pela Norton, só que percorrendo um caminho totalmente diferente.

A direção da 3M pôs pouca ênfase no planejamento e controle de cima para baixo. Em vez disso, alimentou as idéias inovadoras propostas por engenheiros de linha e por representantes de vendas, criando desse modo uma empresa empreendedora, que gerou uma multiplicidade de novos produtos altamente rentáveis e, ainda novas tecnologias bastante promissora. Para se ter uma idéia, logo após a Segunda Guerra Mundial, a Norton e a 3M eram praticamente do mesmo tamanho. Já na metade da década de 80, a 3M apresentava volumes de vendas oito vezes superiores aos da Norton. Como conseqüência, na mesma época em que a Norton

foi engolida pela gigante francesa Saint-Gobain, a 3M foi incluída pela quinta vez, em 6 anos, entre as “Dez Corporações mais Admiradas” da revista *Fortune*.

Uma primeira conclusão em desafios e estratégias gerenciais de corporações multinacionais é que, se a Norton era o protótipo de empresa guiada por sistemas, a 3M por sua vez, representava um modelo de empreendimento apoiado em pessoas – na participação criativa de idéias e através de reuniões abertas e francas. Esse modelo é essencial para competir nos mercados globais e pós-industriais de hoje.

A segunda conclusão é de que no ambiente taylorista, a meta era tornar as atividades dos trabalhadores mais previsíveis e controláveis, o que inibia a iniciativa e a criatividade na empresa – e isso é inadequado no mundo pós-industrial. O modelo gerencial baseado no esquema “estratégia-estrutura-sistemas” alavancou o crescimento das empresas por mais de 50 anos em todo o mundo, mas hoje é identificado como fonte de muitos problemas. Seu fundamento pressupõe uma relação já obsoleta entre a companhia e seus empregados, relação que aumenta o controle e a conformidade, e inibe a iniciativa e a criatividade na empresa.

A década de 80 foi marcada pela preocupação de reduzir custos, resolver o problema da capacidade ociosa e melhorar os processos administrativos. Houve reengenharia, *downsizing*, corte de níveis hierárquicos, enfim, esforços para ganhar eficiência na velha maneira de fazer as coisas. No início da década de 90, segundo Prahalad, (1986), as empresas continuaram fazendo *downsizing* na Europa e nos EUA. Entretanto a maioria das empresas mais agressivas na redução de funcionários não entrou para a lista das mais admiradas, mas, fez parte das empresas mal gerenciadas – gerentes tímidos que preferiam o protecionismo dentro de casa, ao desafio de aprender e competir. Estados Unidos e Grã-Bretanha produziram uma geração inteira de gerentes que sabiam fazer o *downsizing*,

desorganizar, eliminar pessoas e desinvestir melhor do que todos os gerentes do mundo. No entanto, o que se provou nos anos 90, é que esses esforços eram necessários, mas não suficientes para a sobrevivência.

Conforme argumenta Prahalad, (1986), no mundo “pós-industrial”, em que a velocidade das mudanças culturais, sociais e, sobretudo, tecnológicas, estabelece um novo cenário de competição entre os negócios, as empresas que buscam o sucesso deverão ter um novo desenho, e uma nova dinâmica para a gestão de seus produtos e serviços e de seus recursos humanos. As empresas deverão ter cada vez mais um desempenho capaz de atrair e manter os trabalhadores do conhecimento e torná-los produtivos. No entanto, esse desempenho terá de ser definido de forma não financeira, a fim de produzir significado para os trabalhadores do conhecimento e para que seja capaz de gerar um “compromisso” da parte deles. Esse é um retorno não financeiro de valor. Portanto, a estratégia das empresas terá, cada vez mais, de ser baseada em novas definições de desempenho e competências.

As organizações, intuitivamente, vêm pensando, ao longo dos anos, em novas formas de agir, até porque percebem que as atuais não estão mais atendendo suas necessidades. O caminho para a adoção do conceito de competência é mais simples e transparente do que os atuais. Esta questão para Dutra (2000), é de fato política, mas nem sempre as empresas estão dispostas a revelar isso. Afinal, significa alterar uma estrutura que reforça o *status quo* e encobre as incompetências.

Gestão de Pessoas

A Gestão de pessoas é compreendida como a maneira pela qual a empresa se organiza para gerenciar e orientar o comportamento humano no trabalho. Para isso, a empresa estrutura-se para definir princípios, estratégias, políticas e práticas ou

processos de gestão. Através desses mecanismos, implementa diretrizes e orienta os estilos de atuação dos gestores em sua relação com aqueles que nela trabalham, conforme Fischer (2002).

Dutra (2002) afirma que a gestão de pessoas é um conjunto de políticas e práticas que permitem a conciliação de expectativas entre a organização e os indivíduos para que ambos possam realizá-los ao longo do tempo. Nesse conceito as principais mudanças nas empresas tem sido:

- trabalhos flexíveis e adaptáveis às contingências do ambiente, gerando pessoas em processo de constante adaptação;
- processos decisórios e ágeis, focados nas exigências do mercado, necessitam pessoas comprometidas e envolvidas com o negócio com postura autônoma e empreendedora;
- velocidade para entrar e sair do mercado local e global e revitalizar os produtos e serviços demandando pessoas atualizadas com as tendências de mercado no campo de ação;
- alto grau de competitividade, com pessoas articuladas entre si, formando um time em processo contínuo de aprimoramento e aperfeiçoamento;

Ainda, nesse conceito, as principais expectativas das pessoas em sua relação com as organizações e com seu trabalho, tem sido:

- pessoas mais conscientes de si mesmas, mobilizadas pela autonomia e liberdade em suas escolhas de carreira e de desenvolvimento profissional;

- pessoas atentas a suas integridades físicas, psíquicas e sociais exercendo pressão por transparência na relação da empresa com elas e por processos de comunicação mais eficientes;

- pessoas com expectativa de vida maior, ampliando seu tempo de vida profissional com exigências de contínuo desenvolvimento;

- pessoas demandando oportunidades e desafios para sua contínua atualização e ganho de competência para a manutenção da competitividade profissional;

- portanto, o desenvolvimento da organização está relacionado à capacidade de desenvolver pessoas e ser desenvolvida por pessoas e a gestão de pessoas deve, a um só tempo, atender aos interesses e expectativas da empresa e das pessoas que mantém algum tipo de relação com a organização.

Os modelos de gestão de pessoas, conforme Fischer (2002), classifica as grandes correntes sobre administração de pessoas em quatro categorias principais, que correspondem a diferentes períodos históricos: Modelo de gestão de pessoas articulado como departamento pessoal, gestão de comportamento, gestão estratégica e vantagem competitiva.

Definição de Competência

Guimarães e Brandão (2001) introduzem seu artigo abordando o tema competência, através da definição de vários autores, e buscam a origem da expressão competência na linguagem jurídica, no fim da idade média, em que competência é a faculdade atribuída a alguém ou a alguma instituição, de apreciar e julgar certas questões. Por extensão, o conceito de competência veio a designar a capacidade de alguém de pronunciar-se em relação a determinados assuntos.

Duarte (2001) cita que a função de “escolher” pessoas e “reconhecer” que elas funcionam de maneira diferente acompanha a história da humanidade há milhares de anos.

Ainda, Duarte (2001), descreve que o conceito de competência adquiriu o significado e a importância que tem hoje para as organizações através dos estudos de McClelland (1990) que concluiu que os teste tradicionais de conhecimento, aptidão e inteligência utilizados em seleção de pessoas não eram capazes de predizer sucesso no trabalho e na vida.

McClelland sugeriu que se avaliasse também cada característica pessoal que contribuísse diretamente para o desempenho superior em uma tarefa específica. Ele propôs o termo “competência” como uma característica.

Duarte (2001) apresenta o conceito de competência como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, sob o enfoque do que o indivíduo é capaz de agregar para a organização enquanto resultados, entregas e não tarefas, mostra estar ele alinhado com o principal fator de produção nos nossos dias, pois se entende que são as pessoas que geram conhecimento capaz de levar à diferenciação das empresas no atual cenário.

Se na primeira metade do século XX o debate girava em torno da propriedade dos meios de produção, que assegurava o monopólio econômico e político, hoje no centro do debate econômico e político está o controle do conhecimento.

Ainda, segundo Duarte (2001) nas transformações no mundo dos negócios e na busca por novas práticas de gestão de pessoas, “o futuro não é como costumava ser” (Paul Valéry) e há uma nova economia estabelecendo-se no mundo, resultante da aplicação de conhecimentos sem precedentes no processo de criação de riqueza. Esta economia define-se por ter predominância dos setores de informação e

serviços, um ritmo acelerado de mudanças, e muita instabilidade, pelo menos nas próximas décadas (Toffler ;1999).

Dentro desse cenário de mudanças acredita-se que será mais fácil equacionar as mudanças tecnológicas do que as referentes aos recursos humanos e comete-se um grande equívoco em contar com os sistemas de informação para compartilhar o conhecimento pela organização, pois o conhecimento, que significa a capacidade de agir, está nas pessoas; portanto o sucesso irá depender de como lidamos com as pessoas e o principal produto das empresas é o capital intelectual, as pessoas são a única vantagem competitiva de longo prazo (Senge,1998).

A definição de competência de Ropé e Tanguy (1997) sustenta que um dos aspectos essenciais de competência é que esta não pode ser compreendida de forma separada da ação.

Durand (2000) que construiu um conceito de competência em três dimensões – conhecimento, habilidades e atitudes, englobando questões técnicas, cognitivas e atitudes relacionadas ao trabalho:

Quadro 01 – Conceito de Competência

Conceito de Competência:

		CONHECIMENTOS	- Informação - Saber o quê - Saber o porquê
HABILIDADES	- Técnicas - Capacidade	ATITUDES	- Querer fazer - Identidade

- Saber como	- Determinação

Fonte:Guimarães e Brandão ,2001:10.

Para a exposição de uma habilidade o individuo precisa conhecer técnicas e princípios específicos. Da mesma forma, o comportamento no trabalho implica no conhecimento, habilidades e atitudes apropriadas, como exposto no quadro um. Ainda, em Guimarães e Brandão (2001), além do nível individual, o conceito de competência aplica-se à equipe de trabalho e à organização como um todo.

Durand (2000) afirma que crenças e valores compartilhados pela equipe de trabalho influenciam a conduta e o desempenho de seus componentes.

Segundo Ruas (2000) em seu trabalho sobre o Desenvolvimento de Competêcias Gerenciais e Contribuição da Aprendizagem Organizacional, cita que a expressão competência apresenta diferentes conceitos e dimensões.

A dimensão mais abrangente é a noção de competências essenciais desenvolvida por Prahalad e Hamel (1990), a qual expressa a dimensão organizacional de competências e define competência como um conjunto de conhecimentos, habilidades, tecnologias, sistemas físicos e gerenciais inerentes a uma organização. As competências essenciais organizacionais são as que conferem vantagens competitivas, gerando valores perceptivos aos clientes e de difícil imitação pelos concorrentes. As competências podem ser classificadas como humanas, relacionadas aos indivíduos ou equipes ou organizacionais.

As competências individuais, destacando-se a competência gerencial com o papel de liderança em mobilização organizacional.

Quadro 02 – Dimensões Organizacionais da competência

Dimensões Organizacionais da Competência	Noções	Abrangência
Essenciais	Diferem a empresa dos	Todas as áreas, grupos e

	concorrentes e clientes Razão da sobrevivência.	pessoas da empresa Em diferentes níveis.
Funcionais	Competências em áreas Vitais (ex.: vender, produzir, etc...)	Grupos e pessoas de cada área.
Individuais	Indivíduos, inclusive competências gerenciais	Apesar de individual pode influir no grupo ou na organização.

Fonte: Ruas, 2000;248.

Competência como uma forma renovada de pensar o papel e a *performance* do trabalho nas organizações: não é somente a formação educacional ou profissional, nem tampouco um conjunto de conhecimentos adquiridos; não se reduz ao saber, nem ao saber-fazer, mas a capacidade de mobilizar e aplicar esses conhecimentos e capacidades numa condição particular com recursos e restrições específicas.

O conceito de que competência constitui-se na própria ação, no ato está relacionado a perceber o momento e local adequado para aplicar o conhecimento e a habilidade adquirida.

Segundo Boterf (1995), profissionais com conhecimentos e capacidades reconhecidas em algumas situações, ou em outras, não conseguem mobilizar suas capacitações de maneira adequada e pertinente.

A composição de competências é complexa, heterogênea e de dimensões abstratas, mas os elementos de referência apresentam três grandes eixos:

- conhecimento (saber);
- habilidades (saber-fazer);
- atitudes (saber ser/agir).

A relação entre o desenvolvimento de competências e os processos de formação e treinamentos convencionais tendem a gerar um *gap* por não se concretizarem as expectativas de desenvolver competências de forma automática.

A lacuna entre as competências necessárias e as atuais, em um determinado tempo, dá a visão dinâmica do processo, como na figura 1. O planejamento, seleção, desenvolvimento e avaliação de competências visam minimizar a lacuna entre o que os funcionários podem fazer e o que os clientes esperam que eles façam (Stewart; 1998).

A referência é a estratégia da organização e direciona suas ações de recrutamento e seleção, treinamento, gestão de carreira e formalização de alianças estratégicas para a captação e desenvolvimento das competências necessárias para atingir os objetivos da empresa.

O importante é que a gestão de competências esteja em sintonia com a estratégia organizacional (missão, visão de futuro e objetivos). A visão determina o estado futuro desejado pela organização, sua intenção estratégica e orienta a formulação das políticas e diretrizes e todos os esforços em torno da captação e do desenvolvimento das competências.

Como estimular as competências a não se limitarem às competências individuais tomando-se uma dimensão coletiva?

Na mudança organizacional os processos de “aprendizagem nas organizações” podem permitir as condições necessárias para a apropriação e internalização de conhecimentos e habilidades, ampliando o repertório de respostas e de maneira de ser e agir (competências) associado a princípios e práticas de gestão.

Gestão de Pessoas com base em Competência

Um estudo em 16 grandes empresas norte-americanas com pelo menos três anos de experiência em reestruturação que embora tenha melhorado o preço das ações no mercado, esta foi sempre temporária. Após três anos essa era bem inferior às taxas de crescimento anteriores a época da reestruturação. “O estudo concluiu que um investidor deve interpretar um anúncio de reestruturação como um sinal para venda e não para compra” Prahalad e Hamel (1990).

Ainda, Prahalad e Hamel (1990) afirmam que “muitos gerentes encarregados da tarefa de gerenciar a transformação organizacional se esquecem de perguntar: Transformar-nos em que? Esta deve se orientar para uma transformação no setor: como desejamos moldar o setor em 5 a 10 anos? O que deveremos fazer para garantir que o setor evolua de forma vantajosa para nós? Que habilidades e recursos é preciso começar a desenvolver agora para ocupar uma posição de liderança no setor no futuro? ” .

Os exemplos de competências essenciais e arena de oportunidades são: "Uma competência essencial é um conjunto de habilidades e tecnologias que permite a uma empresa oferecer um determinado benefício aos clientes". Na Sony, esse benefício é o "tamanho de bolso" de seus produtos e a competência essencial é a miniaturização. Na Federal Express, o benefício é a entrega rápida e a competência essencial, em nível bastante macro, é a gestão logística.

O desenvolvimento da competência, afirma Fischer (2002) não está no produto e, sim, na vantagem ou benefício que trará ao cliente. A principal tarefa do modelo competitivo de gestão de pessoas é mobilizar a energia emocional, ou seja, desenvolver e estimular as competências humanas necessárias para que as competências organizacionais da empresa se viabilizem. Pessoas são estratégicas, pois são vistas e tratadas como uma fonte de vantagem competitiva, podendo ser vistas como um recurso estratégico. Na era da globalização as empresas devem ser competitivas, devem ser estratégicas, devem estar focadas nos processos de mudanças organizacionais e serem responsáveis pelo desenvolvimento dos funcionários com elas seus negócios, processos e produtos.

O modelo competitivo de gestão continua tendo como núcleo de atuação o comportamento humano, esse alinhado às estratégias da empresa e com as constantes transformações e demonstrar sua capacidade de gerar, por meio das pessoas, maior competitividade para a empresa. É competitivo por ser inerente ao ambiente e privilegia e se articula em torno de competências.

A forma de gerir pessoas modificou-se muito nos últimos vinte anos.

> - "Alteração no perfil das pessoas, modificando-se de obedientes e disciplinadas, para autônomas e empreendedoras. Uma cultura

organizacional, que estimula e apóia iniciativas individuais, criatividade e busca de resultados" cita Dutra (2001;24-43).

- Deslocamento do foco de gestão de pessoas por meio de controle para o foco por meio do desenvolvimento: a empresa ao se desenvolver, desenvolve as pessoas e esta é vista como gestora de sua relação com a empresa, bem como de seu desenvolvimento pessoal.

- Maior participação das pessoas no sucesso do negócio da empresa: comprometimento integral do indivíduo, inclusive com seu potencial de criação, intuição, capacidade de interpretar o contexto e de agir sobre ele, gerando vantagens competitivas. As pessoas são o patrimônio intelectual da empresa, com suas capacidades e agilidade de resposta aos estímulos do ambiente externo e suas capacidades de visualização e exploração de oportunidades de negócio."

Fleury (2002;52) define competência como "Saber agir de maneira responsável (...) implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agregam valor econômico à organização e valor social ao indivíduo". As pessoas possuem um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, o que não garante que a organização se beneficiará diretamente, e, nesse sentido define-se o termo de "entrega" referindo-se ao indivíduo que sabe agir de maneira responsável e é reconhecido por isso, de acordo com a definição sugerida por Fleury (2000). O desenvolvimento de um indivíduo dentro de uma organização é a capacidade de uma pessoa assumir responsabilidades e atribuições de maior complexidade e, em conseqüência estabelece-se uma ligação direta entre desenvolvimento e remuneração.

O processo de ampliação do espaço ocupacional implica que o indivíduo assuma responsabilidades e atribuições mais complexas sem alteração do cargo, o que obedece a duas variáveis: as necessidades da empresa e a competência da pessoa. O crescimento salarial deve expandir-se conforme a ampliação do espaço ocupacional.

A nova proposta de gestão de pessoas apresenta três conceitos (Dutra;2001,25-31): entrega, complexidade e espaço ocupacional. O desafio está em construir uma escala para mensurar a complexidade das entregas, podendo ser aplicada nas seguintes situações:

- mensurar o desenvolvimento através da avaliação de que a pessoa se desenvolve ao assumir atribuições e responsabilidades de maior complexidade.
- avaliar a eficiência de ações de desenvolvimento.
- estímulo ao autodesenvolvimento: busca de aprimoramento profissional
- escala salarial: construir uma escala salarial vinculada à escala de complexidade, associando o desenvolvimento à remuneração e este estimulando o desenvolvimento.
- dimensionamento de quadro: ao empregarmos o conceito de espaço ocupacional, observamos que a expansão da complexidade das atribuições e das responsabilidades dos indivíduos, é definida pelas necessidades variáveis das empresas e competência das pessoas. A partir da escala de complexidade, poderemos estabelecer quantas pessoas precisamos em determinado processo e em cada um dos níveis de complexidade. Assim, estabeleceremos um quadro para cada processo da organização ou como aproximar dele ao longo do tempo.
- otimização dos investimentos em desenvolvimento: com base no dimensionamento do quadro, na escala de complexidade e na avaliação de posicionamento de cada pessoa nessa escala, a organização dispõe de uma visão perfeita das lacunas e excessos em cada nível de complexidade, e como e onde investir melhor para obter mais desenvolvimento.
- avaliação de desempenho pode ser definida como: o conjunto de entregas e de resultados de uma determinada pessoa para a empresa ou negócio. O desempenho apresenta três dimensões que interagem entre si: o desenvolvimento, o esforço e o comportamento. A melhor forma de medir o desenvolvimento é utilizar a escala de complexidade. Deve ser realizada pela própria pessoa e por sua chefia imediata, com um acompanhamento da chefia mediata (dois níveis acima). O desenvolvimento do indivíduo, ou, sua capacidade em lidar com situações cada vez mais complexas, é um patrimônio individual e não retrocede, o que justifica a tendência de remunerar o desenvolvimento com um valor fixo.

O esforço de uma pessoa difere do desenvolvimento, por causa da qualidade de sua agregação para a empresa. O esforço é uma contingência que pode ser mutável em qualquer tempo e está ligado à motivação e condições favoráveis. Há aqui uma tendência de utilizar um valor variável para remunerar o esforço. O comportamento pode afetar ou não o desenvolvimento e o esforço da pessoa, afetando certamente o ambiente organizacional.

O comportamento deve ser trabalhado de forma separada em relação às duas outras dimensões, o que facilita sua avaliação e acompanhamento de ações que auxiliem a revisão individual. Por ser extremamente subjetiva precisa de um padrão de conduta definido pela empresa. Recomenda-se a avaliação por múltiplas fontes também chamada de 360 graus o que minimiza a subjetividade e apresenta para o individuo a opinião pública a seu respeito. Não é recomendável associar ao comportamento, a remuneração, em virtude do caráter subjetivo.

O desenvolvimento do profissional está ligado ao nível de complexidade de suas atribuições e responsabilidades e a escala utilizada para medi-lo, baseia-se no conceito de complexidade e seus critérios de mensuração. Os níveis de complexidade podem ser medidos a partir do intervalo de tempo entre a tomada de decisão e a possibilidade de avaliação dos resultados dela decorrentes. Quanto maior o tempo, mais elevado é o nível de abstração exigido, para que a decisão tomada esteja correta e seja efetiva. Segundo Jacques (1988), podem ser identificados sete níveis de complexidade:

-0 a 3 meses : trabalho de chão de fábrica e trabalhadores qualificados, incluindo supervisores

-3 a 12 meses : primeiro nível gerencial e gerentes que respondem por operações ou processos simples

-1 a 2 anos : gerentes de nível médio e táticos que respondem por um conjunto de processos

-2 a 5 anos : gerentes seniors que respondem por decisões estratégicas, geralmente posicionados como diretores

-5 a 10 anos : nível típico de presidentes de empresas nacionais

-10 a 20 anos : profissionais responsáveis por um grupo de empresas ou mesmo organizações de atuação transnacional

- mais de 20 anos : característica do CEO (chief executive officer) de empresas de grande porte que atuam em vários países e com operações diversificadas.

Inicialmente a caracterização de competência era uma mistura de habilidades e de atitudes requeridas das pessoas. Ao longo do tempo, as habilidades deram lugar à caracterização de entregas requeridas dos indivíduos e as atitudes deram lugar aos comportamentos observáveis. As competências nas organizações tendem a serem caracterizadas como a contribuição das pessoas para a capacidade da empresa em interagir com seu ambiente, mantendo ou ampliando sua vantagem competitiva.

A gestão de desempenho deve estar inserida na gestão estratégica de recursos humanos, com a função de atrair, desenvolver e manter o pessoal necessário para atingir os objetivos organizacionais. As tecnologias de gestão propõem, integrar os subsistemas de recursos humanos, ou seja, gestão de carreira, remuneração, recrutamento, seleção, treinamento e desenvolvimento e a estratégia organizacional.

Aspectos Políticos

Conforme relatado por Brandão e Guimarães (2001;14) Pagès considera que a gestão de desempenho e a gestão de competências constituem um mecanismo de controle social dos trabalhadores e de manutenção das estruturas de poder das organizações. Certas práticas de recursos humanos conferem um aspecto mais moderno aos estilos administrativos, mas não negam os princípios fundamentais do taylorismo e do fordismo.

A melhoria do desempenho profissional e organizacional representa, ao mesmo tempo um valor econômico para a organização e, um valor social para o indivíduo. Segundo Zarifian (1999), o desafio é fazer com que a empresa seja não apenas “qualificada” do ponto de vista da competitividade, mas, também, “qualificante”, no sentido de oferecer diversas oportunidades de crescimento aos seus membros.

A perspectiva sociológica da abordagem da competência é exposta por Tanguy (1997) para quem os discursos de competência proliferam nas empresas e na esfera educacional. Essa noção é invocada, tanto pelas políticas de emprego

orientadas pela busca da flexibilidade, como pelas políticas de mudança da organização do trabalho ou de gestão de pessoal. Ao mesmo tempo, em que o domínio de uma profissão, uma vez adquirido, não pode ser questionado, as competências são apresentadas como propriedades instáveis, que devem ser submetidas à objetivação e avaliação dentro e fora do ambiente de trabalho.

Parte 6 – Considerações Finais

O mercado globalizado constantemente mutante que observamos nesse início de século XXI desafia as organizações na busca da melhoria contínua das relações no ambiente de trabalho.

O hospital é uma empresa de prestação de serviços, no qual a busca ao estado de melhora da saúde é a qualidade sentida ao cliente paciente e seus familiares. É nesse atual cenário que a vantagem competitiva não é mais somente a evolução tecnológica disponível, nem somente os complexos sistemas de informações, que novamente nos voltamos às pessoas e suas infinitas capacidades de agregar valores aos processos organizacionais.

A integração entre os anseios individuais e as necessidades da empresa de maximizar riquezas é o desafio da gestão de pessoas, que através dos conceitos de competências e suas aplicações em seleção, avaliação e desenvolvimento de carreira têm contribuído para os indivíduos e para as organizações refletirem sobre a própria razão da organização, quando se trata de Organização de Saúde e seu futuro.

A grande contribuição do conceito de competência para as organizações é a oportunidade de pensar nas competências que vão precisar para ter sucesso no futuro, competência do negócio e das pessoas e também, poder identificar e mapear as competências da organização e relacioná-las ao resultado esperado. Portanto, utilizar o conceito de competência como referência para administrar pessoas pressupõe uma mudança cultural, pois a empresa deve perguntar constantemente, que competência quer preservar, quais antecipar e quais esquecer; utilizando uma linguagem comum com foco em resultado e nas competências tendo como suporte os valores e objetivos estratégicos.

No setor de saúde e mais propriamente de medicina diagnóstica é de nosso conhecimento que duas organizações realizam gestão por competência em São Paulo, sendo que em uma delas a gestão por competência é vinculada a processos

desenhados na empresa e com foco no sistema de qualidade. É um desafio a sua implantação, manutenção e sua aplicação gerando resultados competentes.

Os indicadores de acompanhamento contínuo de produção, desempenho, satisfação dos clientes, financeiros, entre outros podem ser usados para “diagnóstico da saúde da empresa”. Um exemplo conhecido é a análise da rotatividade e do absenteísmo, sendo um indicador do desempenho em relação à seleção e recrutamento das organizações evitando treinamentos desnecessários.

Esse artigo é uma contribuição para a reflexão sobre gestão de pessoas, principalmente para a área da saúde, mas não esgota a extensa literatura atual e a sua aplicação prática permanece como desafio para a maioria das empresas no setor de Saúde.

Referências Bibliográficas:

BOTERF, G. *De la Compétence*. Paris: Editions d’Organisation, 1995.

DUARTE, F. A *O processo de seleção das pessoas nas organizações baseado no conceito de competência*. Tese (Mestrado em Administração)- Departamento de Administração da Faculdade de Economia e Administração de Empresas. São Paulo: PUC, 2001.

DUTRA, Joel Souza. *Gestão por Competências:um modelo avançado para o gerenciamento de pessoas*. Editora Gente, São Paulo, 2001.

---------------------------. *Gestão de Pessoas: Modelo, Processos, Tendências e Perspectivas.* Editora Atlas, São Paulo, 2002.

DRUCKER, Peter F. *As Fronteiras da Administração*, São Paulo, Editora Pioneira, 1989.

FISCHER, André Luiz. *Um resgate conceitual e histórico dos modelos de gestão de pessoas. In : Fleury et alli. As pessoas na organização.*Ed Gente, São Paulo, 2002.

FLEURY, Maria Tereza Leme e colaboradores. *A gestão de competência e a estratégia organizacional. In : Fleury et alli. As pessoas na organização.* Ed. Gente, São Paulo, 2002.

FLEURY,A C.C.; FLEURY,M.T.L. *Estratégias empresariais e formação de competências.* Atlas, São Paulo, 2000.

GUIMARÃES, Tomás de Aguino; BRANDÃO, Hugo Pena. *Gestão de Competência e Gestão de Desempenho:tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto ?* Revista de Administração de Empresas, São Paulo, vol 41 n°1, p.8-15 Jan/Mar.2001.

HAMMER, Michael; CHAMPY, James.*Reengenharia:revolucionando a empresa em função dos clientes, da concorrência e das grandes mudanças da gerência.* Rio de Janeiro: Campus, 1994.

JAQUES, Elliott. *Requisite Organization: a total system for effective managerial organization and managerial leadership for the 21°Century.* Arlington. Cason Hall,1998.

KOONTZ & O'DONNELL. *Fundamentos da Administração*. São Paulo, Editora Pioneira, 1981.

LEGGE, K. *Human resource management: metorics and realities*. London: McMillan, 1995.

McCLELLAND, D.C.; SPENCER, L.M. *Competency assessment methods:history and state of art*. Boston Hay: McBer Research Press, 1990.

PORTER, Michael. *Vantagem Competitiva:criando e sustentando um desempenho superior.*Rio de Janeiro:Campus,1989.

PRAHALAD, C.K.; HAMEL, G. *The core competence of the corporation*. Harvard Business Review. V.68, n.3, p79-91.May-June, 1990.

ROPÉ, F.; TANGUY,L.*Saberes e Competências: o uso de tais noções na escola e na empresa.* Campinas: Papirus, p.15-24, 1997.

RUAS, Roberto. *Desenvolvimento de Competências Gerenciais e Contribuição da Aprendizagem Organizacional,* capítulo publicado no artigo Gestão do Conhecimento em Empresas, Redes e Cadeias de Empresas no Brasil. PPGA-UFRGS com apoio do CNPq, Porto Alegre, 2000.

SENGE, P.M. *A quinta disciplina*. São Paulo: Futura/Zumble, 1998.

STEWART, T.A. *Capital Intelectual: a nova vantagem competitiva das empresas.* Rio de Janeiro: Campus, 1998.

TANGUY, L. *Competências e integração social na empresa.in ROPE F. TANGUY(Orgs.). Saberes e competências: o uso de tais noções na escola e na empresa.* Campinas: Papirus, p.167-200, 1997.

TAYLOR, F. W. *Princípios da Administração Científica*. 8ª. edição, São Paulo, Atlas, 1995.

TOFFLER, A. *A Nova Economia*. Revista HSM Management, Jan-Fev.,p.6-12, 1999.

ZARIFIAN, P. *Objetivo Competência: Por Uma Nova Lógica.* Editora Atlas, 2001.

19 - Prevenção e Promoção de Saúde na Perspectiva de um Negócio

Ana Cláudia de Assis Rocha Pinto - doutora em medicina, membro da American College of Preventive Medicine e Endocrine Society.

A prevenção e a promoção de saúde têm reafirmado sua importância no contexto atual da saúde, no Brasil e no mundo. O envelhecimento propicia um aumento da incidência de doenças crônico degenerativas, já evidente nos indicadores de morbi-mortalidade atuais. De acordo com o DATASUS, as doenças cardiovasculares são a maior causa de morte no Brasil, seguida pelo câncer, quando consideramos apenas doenças como causas de óbito.

O envelhecimento da população e o aumento das doenças crônicas, associados ao surgimento de novas tecnologias na área médica, está relacionado ao crescente aumento dos custos com a saúde, observados no Brasil e no mundo.

Para as empresas, os gastos com a saúde representam a segunda maior despesa, ficando atrás apenas da folha de pagamento. Além disto, a falta de saúde dos colaboradores interfere negativamente na produtividade acarretando mais um custo indireto ao custo da saúde.

As doenças crônico degenerativas estão ligadas, em grande parte, a hábitos de vida pouco saudáveis como o fumo, a má alimentação e a falta de atividade física. Estes hábitos associados a outros fatores têm levado ao aparecimento cada vez mais precoce destas doenças. Dentro deste contexto, a atuação preventiva na modificação dos hábitos de vida e no diagnóstico precoce assume grande importância na diminuição da incidência e complicações destas doenças,

melhorando a qualidade de vida e produtividade das pessoas, e contribuindo para o controle dos custos com a saúde.

Prevenção e promoção de saúde versus gestão da saúde. Vale a pena investir em Prevenção? Para respondermos a esta pergunta vamos utilizar o exemplo do perfil de risco de uma população americana. Observamos que cerca de 80% desta população encontra-se saudável ou apresenta fatores de risco para desenvolver doenças. Os cerca de 20% restantes, formam a população de doentes crônicos, casos agudos e doentes em fase terminal.

Quando analisamos esta mesma população levando em consideração os custos com assistência médica, observamos praticamente uma inversão dos dados. A população saudável e sob risco é responsável por cerca de 20% do custo, enquanto que a população doente absorve quase 80% dos recursos utilizados. Estes dados são bons indicativos de que a doença “custa” e a saúde “economiza” (Fig. 1)

Neste processo de evolução da saúde para a doença, podemos realizar basicamente três grandes programas, objetivando gestão do risco médico e otimização de custos. Cada um dos programas é indicado de acordo com o estágio de saúde da população. Os programas de prevenção e promoção de saúde são indicados para a parte saudável e/ou portadora de fatores de risco. Os programas de gerenciamento de doenças crônicas são aplicados aos portadores de doenças crônicas já estabelecidas, e o gerenciamento de casos pode ser utilizado para os casos mais graves, terminais ou pontuais de alto custo. O objetivo dos programas de prevenção e promoção de saúde é manter as pessoas saudáveis e os fatores de risco sob controle.

As vantagens de manter os riscos sob controle são claramente percebidas quando estratificamos a população saudável e analisamos especificamente os portadores de fatores de risco para doenças crônicas. Foi descrito por Pronk e col. um aumento diferenciado nos custos de utilização, de acordo com a evolução do risco ao longo do tempo. O maior incremento de custo observado foi na população de alto risco que

se manteve no patamar de alto risco. A população de médio risco que evoluiu para o patamar de alto risco apresentou um incremento semelhante no custo, só que de menor valor absoluto, em relação ao descrito para a população de alto risco que se manteve em alto risco. A maior economia ocorreu no grupo de alto risco que retrocedeu para o baixo risco. A população de baixo risco que permaneceu no patamar de baixo risco ficou estável do ponto de vista de custo (Fig. 2).

Com o objetivo de avaliar o impacto financeiro dos programas de prevenção e promoção de saúde foram feitos estudos utilizando o modelo de retorno sobre o investimento (ROI). Estes estudos, ao longo dos anos, têm se tornado cada vez mais sofisticados e produzido resultados bastante consistentes, auxiliando na comprovação do retorno financeiro sobre o investimento nestes programas.

Apesar dos resultados positivos descritos utilizando o ROI, a população saudável representa, em termos de custo, uma parcela menor do custo global da saúde. Portanto, as ações direcionadas a esta população visando redução de custos de curto prazo, podem não surtir o impacto desejado no custo global.

As ações direcionadas à população doente, ou seja, àquela responsável pela maior parte da utilização dos recursos de saúde, teoricamente têm potencial maior de redução de custos em curto prazo. No entanto, atuam apenas quando a doença já está estabelecida e já custando caro, e não atuam sobre os fatores causais que mobilizam as pessoas saudáveis para a parcela da população doente.

Visão do “paciente” e do médico sobre o assunto

Pessoas satisfeitas com sua saúde atual não sentem necessidade de mudar seus hábitos de vida, mesmo que eles sejam pouco saudáveis. Nas grandes cidades, falta tempo às pessoas para implementar as mudanças necessárias de estilo de

vida. Apesar de ser uma importante possibilidade de atuação, orientações sobre prevenção não fazem parte da rotina de atendimento médico nos EUA. A formação do médico no geral da prioridade ao diagnóstico e tratamento da condição ou queixa atual do paciente. É a medicina curativa versus medicina preventiva. De acordo com dados americanos, o médico, no geral, não se sente habilitado para operar as mudanças comportamentais necessárias, apesar de reconhecer que são importantes; bem como não tem consciência plena de sua grande influência sobre o comportamento do paciente. Falta tempo ao médico, durante a consulta, para realizar as ações curativas e preventivas. A remuneração por consulta é mais um fator impeditivo, pois não favorece um gasto extra de tempo com prevenção.

Dentro deste contexto, o papel de uma equipe de saúde tem se mostrado de fundamental importância para ajudar a promover as mudanças necessárias e possibilitar sucesso aos programas de prevenção e promoção de saúde. No entanto, deve-se ter em mente que o custo da equipe multidisciplinar pode ser elevado, demandando um gerenciamento inteligente deste processo.

As ferramentas eletrônicas na prevenção e promoção de saúde têm se tornado cada vez mais importantes. Existem vários programas desenvolvidos via internet para apoiar os profissionais da saúde na modificação de hábitos de vida de seus pacientes. As vantagens destas ferramentas são interessantes, pois o custo de manutenção é relativamente baixo, possibilita ganho de tempo, podendo ser utilizadas em casa ou no trabalho. Elimina o problema das distâncias, aumentando a área de abrangência, sem necessidade de deslocamento. Os resultados preliminares parecem positivos, mas devem ser ações complementares ao trabalho da equipe de saúde. Deve-se levar em consideração a população a ser atingida, já

que nem todos têm acesso ou utilizam a internet. Dentro das ferramentas eletrônicas, destaca-se o prontuário eletrônico do paciente que apresenta resultados comprovados na melhora de saúde dos pacientes e da *performance* dos profissionais de saúde.

Para traçar o plano de ação mais adequado para o programa preventivo, é necessário conhecer o perfil de saúde dos colaboradores. A partir deste dado, elaboram-se as ações coletivas que serão desenvolvidas dentro do local de trabalho, tendo o foco nas questões que atingem uma porcentagem mais expressiva de colaboradores. Por exemplo, existe uma grande porcentagem de fumantes no local. Este dado justifica uma ação coletiva, como campanhas antitabagismo e a proibição do fumo no local.

Os tópicos do perfil que não tenham expressão coletiva também merecem atenção, mas devem ser tratados individualmente ou em pequenos grupos, dependendo do risco envolvido. Utilizando o exemplo acima, se a porcentagem de fumantes for muito pequena, pode-se utilizar um parceiro que faça um trabalho individual junto a estas pessoas, sem a necessidade de ações coletivas.

Esta análise prévia do perfil otimiza a alocação de recursos onde eles terão um impacto maior, pois é necessário também identificar as intervenções de melhor relação custo - benefício.

Para dar mais inteligência ao processo é desejável que se faça uma análise dos gastos com saúde, mesclando o foco clínico e o financeiro. A visão integrada do perfil de risco saúde associado aos dados de sinistro ajuda a traçar ações mais específicas para a população em questão, podendo contribuir não só nas ações preventivas, mas na gestão do risco médico como um todo e, conseqüentemente, no controle dos custos com a saúde. Para que a ação identificada possa surtir o efeito

esperado é parte importante do processo encontrar parceiros adequados no mercado.

Os resultados esperados estão relacionados à manutenção dos colaboradores dentro da população saudável o maior tempo possível. Para isto, o programa preventivo deve apresentar resultados relativos:

- à identificação, modificação e controle dos fatores riscos;
- aos diagnósticos precoces realizados, após análise dos fatores de risco, e seguimento de cada caso;
- à conscientização das pessoas sobre seus riscos e sua responsabilidade em manter a própria saúde;
- à utilização adequada dos recursos de saúde.

De acordo com pesquisa da Towers Perrin 2006 (Health Care Cost Survey – USA), as empresas que tiveram os melhores resultados financeiros em 2005, desenvolveram e mantém uma “cultura de prevenção”. Para isto, criaram programas com visão de longo prazo para controle de custos. Dentre as ações realizadas, estas empresas buscam a compreensão dos fatores de risco da população, a avaliação dos fatores de riscos individuais, incentivo financeiro para adoção de um estilo de vida mais saudável, melhores condições para medir os resultados dos programas implementados (ROI), co-participação diferenciada incentivando o uso do médico generalista em relação ao especialista.

Além do foco em prevenção e gestão do risco médico, estas empresas desenvolveram ações para aumentar a responsabilidade do empregado na gestão do plano, programas efetivos de comunicação entre empresa e empregado e

programas de apoio à decisão, no âmbito do gerenciamento da saúde e da utilização dos serviços.

Considerações finais

A Prevenção e a Promoção de Saúde trazem inúmeros benefícios para a qualidade de vida, melhorando a saúde e o bem estar das pessoas. O indivíduo que se sente bem tende a ser mais produtivo e mais parceiro da empresa, valorizando as ações de prevenção realizadas por ela. Sentindo-se mais saudável, tende a reduzir a utilização desnecessária dos recursos de saúde.

A prevenção é parte integrante da gestão de risco médico, mas não é o único instrumento a ser utilizado para o controle dos gastos com saúde. Seu papel principal é manter as pessoas saudáveis o maior tempo possível, diminuindo o número de pessoas que migram para a parcela da população doente, onde o custo é mais elevado. Os estudos disponíveis hoje mostram claramente um ROI positivo e uma diminuição na tendência de aumento nos gastos com a saúde, após as intervenções preventivas .

Quanto à redução do gasto global com a saúde, apesar do ROI positivo, não se pode esperar dos programas de prevenção um resultado expressivo de economia no curto prazo, pois o montante maior do gasto, hoje, está na doença. No entanto, se os programas de prevenção não forem implementados, a parcela de doentes crônicos continuará a aumentar mais rápida e precocemente. Em analogia simples, trata-se sempre de “apagar a fogueira da doença,” que continuará a ser alimentada pela falta de prevenção.

Para o sucesso de um programa preventivo é necessário que haja uma análise técnica para conhecer o perfil de risco e de sinistro da população em questão, com o objetivo de identificar as intervenções de melhor custo *versus* benefício. A gestão da saúde, em uma visão de futuro, demandará, cada vez mais, informações assistenciais e gerenciais integradas que deverão ser disponibilizadas, de maneira compreensível, por todos e para todos os envolvidos no processo. Os gestores precisarão ampliar seus conhecimentos na área de finanças e processos, e os técnicos na área de gestão.

Os serviços de prevenção e promoção de saúde deverão se preparar para desenvolver padrões de medida de resultados, pois os compradores de serviços exigirão indicadores que possam ser comparados, para decidir sobre qual a melhor opção de serviço do mercado para suas necessidades.

Agradecimentos ao Dr. Nico P. Pronk e ao Dr. Wagner A da Costa.Fig. 1

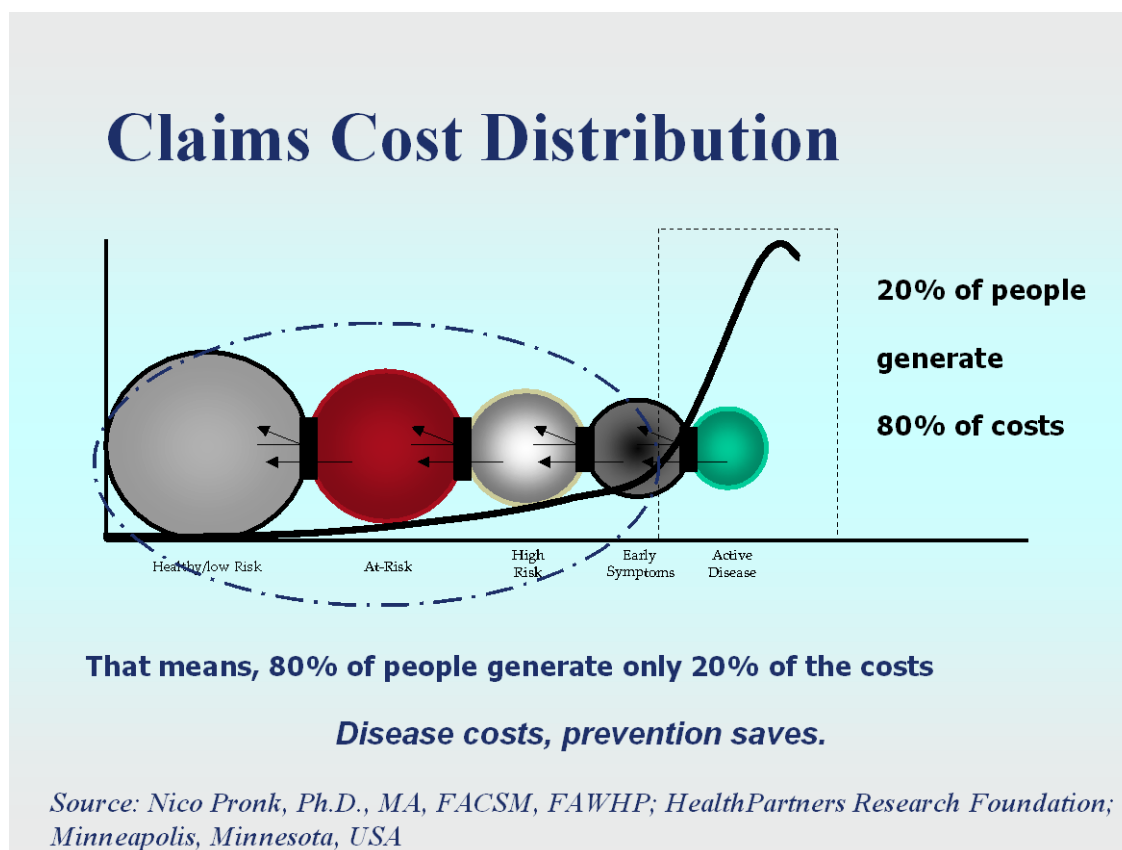
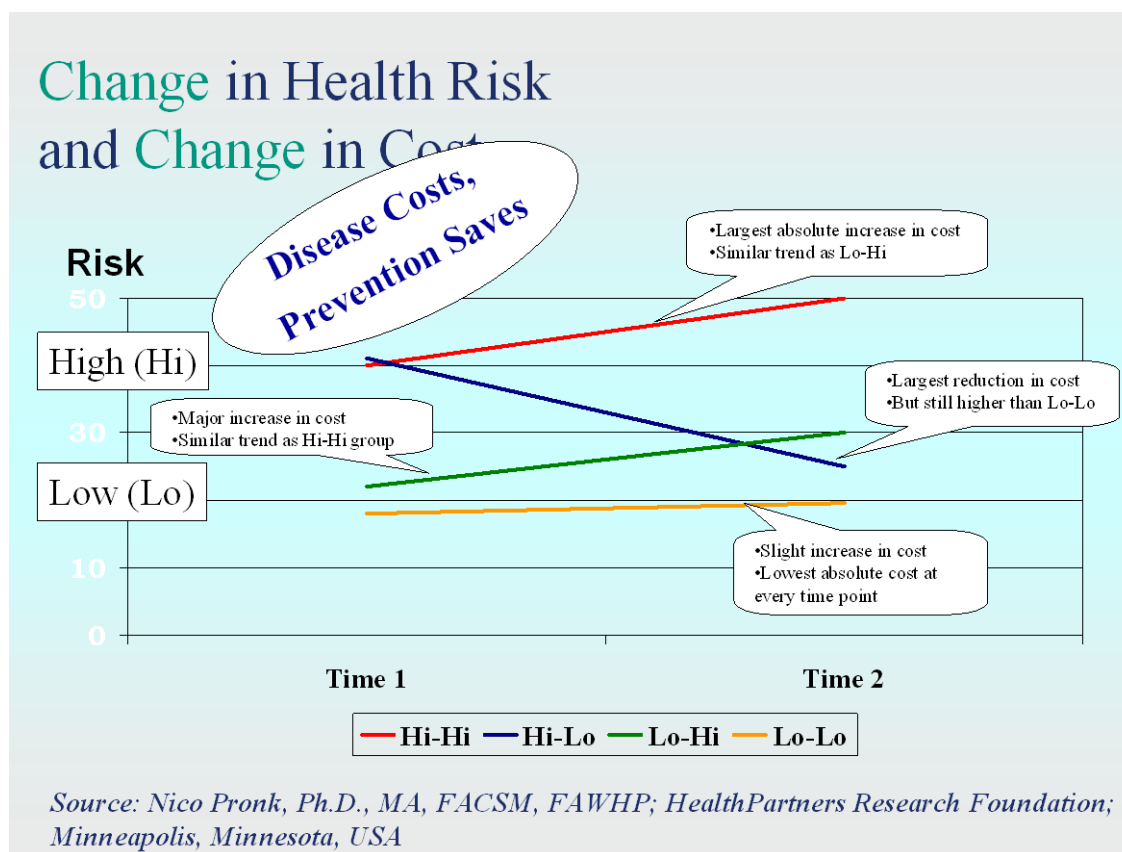



Fig. 2

Bibliografia

PRONK, N. *A sense of urgency to improve employee health: The bottom line and the role of worksite health promotion.* ACSM'S Health & Fitness Journal. Vol.7, nº1, January/February 2003.

EYRE H., KAHN R., Robertson R.M. *Preventing Cancer, Cardiovascular Disease and Diabetes.* Diabetes Care 27:1812-1824, 2004.

PRONK, N.P., O'CONNOR P.J. Systems *approach to population health improvement*. The Journal of Ambulatory Care Management. Oct: 20 (4): 24-31, 1997.

PRONK N.P., GOODMAN, P.J., O'CONNOR, et al. *Relationship between modifiable health risks and short-term health care charges.* The Journal of American Medical Association. 282: 2235-2239, 1999.

ALDANA, S.G. *Financial impact of health promotion programs: comprehensive review of the literature.* American Journal of Health Promotion. 15: 296-320, 2001.

GOETZEI, R.Z., JUDAY, T.R., OZMINSKOWSKI. *A systematic review of return-on-investment studies of corporate health and productivity management initiatives*. AWHP's Worksite Health, Summer: 64-79, 2000.

MIRAND, A.L., BEEHLER, G.P. KUO, C. L., et al. *Physician perceptions of primary prevention: qualitative base for the conceptual shaping of a practice intervention tool*. BMC Public Health Aug 30; 2:16, 2002.

FLOCKE, S.A., STANG K.C., GOODWIN, M.A. *Patient and visit characteristics associated with opportunistic preventive services delivery*. The Journal of family practice. Sep;47 (3): 202-8, 1998.

GARG, A.X., ADHIKARI, N.K., MC DONALD, H. et al. *Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review.* The Journal of American Medical Association. Mar 9;293(10):1223-38, 2005.

20 - Bases sobre a estruturação de uma rede hospitalar privada A estratégia da rede VITA

***Francisco Balestrin**, médico, administrador em saúde,diretor do IDS (Instituto para o Desenvolvimento da Saúde) e vice-presidente executivo do Grupo VITA.*

__Luiz Sérgio Santana__ é engenheiro mecânico, administrador de empresas e Diretor de Operações do Grupo VITA.

__Marcelo Pina__ é advogado, especialista em gestão empresarial e superintendente geral do hospital VITA Volta Redonda.

Os autores buscam apresentar as bases técnicas e empresariais que culminaram com a decisão estratégica de se buscar o desenvolvimento de uma rede hospitalar privada em nosso país. Após breve relato sobre a organização atual do mercado privado brasileiro e suas possíveis repercussões sobre decisões de investimento atuais e futuras buscam apresentar, sob o ponto de vista dos empreendedores as ações a serem tomadas, visando a sobrevivência neste “novo” mercado.

Apresentam também um aspecto retrospectivo da organização da empresa e seus determinantes sobre o modelo atual de negócios. Como moldura básica de seu trabalho, são definidos os principais elementos da organização da rede VITA quer seja no seu aspecto estrutural e nos seus fundamentos estratégicos. Ao término da descrição, busca-se apresentar que ao se consolidar o planejamento estratégico da controladora e de suas unidades, possibilitou-se a uniformização do modelo de gestão, a visualização das necessidades e oportunidades dos diversos mercados onde a marca opera, auxiliando de forma objetiva os gestores das unidades também na implantação e comercialização de novos produtos e serviços, assim como a otimização daqueles já existentes.

Bases sobre a estruturação de uma rede hospitalar privada - A estratégia da rede VITA

Para um entendimento mais adequado do contexto em que se insere uma rede de hospitais privados no Brasil, será apresentado um breve relato histórico do cenário que o originou bem como da sua atualidade.

Em 1998, após 10 anos de discussão, foi promulgada a Lei 9656 que junto com a MP (Medida Provisória) 2177-44 constituem o marco conceitual do sistema regulatório. Ao conjunto Lei e MP foi acrescida, em janeiro de 2000, a Lei 9961, que criou a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e lhe deu as atribuições de regulação do setor. No bojo de tais ações oficiais definem-se medidas visando desenhos de produtos, preços mínimos, controle de reajustes e ainda introdução de reservas técnicas e análise autuarias que, inevitavelmente, ocasionaram grande alteração no mercado de saúde privada em nosso país. Até então, estimava-se crescimento quase geométrico de usuários o que hoje corresponderia a um mercado em torno de 50 milhões de pessoas. No entanto, o que se observou na prática, foi uma redução estimada em 7 milhões de usuários em um período de 5 anos, sendo hoje, segundo números da própria ANS, divulgados em Dezembro de 2005, em torno de 38 milhões de usuários de planos de saúde (planos médico-hospitalares).

Desta forma não se promoveu a esperada expansão de mercado, em contrapartida, no entanto, segundo vários estudos, tivemos o crescimento da rede de prestação de serviços, tais como hospitais, clínicas, laboratórios, médicos, etc.

Além disto, pressionados pela nova regulamentação, as fontes pagadoras, como estratégia de sobrevivência empresarial, buscaram instrumentos de controle de mercado e demanda que incluíram entre outros, atrasos nos pagamentos devidos, glosas em valores acima do previsto, sub-reajustes ou mesmo ausência de reajustes de preços por longo período e definição de mecanismos de interferência na política de materiais e medicamentos dos prestadores, além de outros mecanismos gerenciais mais contemporâneos tais como gerenciamento de doenças, gerenciamento de carteiras, práticas de medicina preventiva. Todos estes, sejam eles mais ou menos técnicos, visando a sobrevivência de seu negócio.

Este novo cenário transforma radicalmente a rede hospitalar privada brasileira, principalmente nos grandes centros e cidades de médio porte onde o perfil de população coberta por planos privados de saúde gira em torno de 20 a 30 % sendo que, em cidades como São Paulo e Rio de Janeiro, esta concentração pode atingir 40%. Até então, o regime de livres preços e competição por oferta de serviços, aliado ao câmbio relativamente controlado, impunha aos hospitais um ritmo frenético de aquisições de tecnologias importadas, obras civis visando ampliação de leitos e serviços desconectados de estudos de mercado e de viabilidade econômico-financeira. Além de permitir uma condução de negócios pouco profissional e baseada, muitas vezes em "sensibilidade" empresarial, resta que, nas grandes cidades brasileiras, sob certo aspecto, passa a existir uma crise de demanda e gestão, motivadas principalmente pelas restrições impostas pelos novos parâmetros do negócio saúde e, pela necessidade de conhecimento cada vez mais profissional da condução destes negócios.

Merecem ainda destaque alguns outros aspectos que possam ter influenciado, nos últimos anos, o mercado do setor de saúde complementar no Brasil:

- A atividade foi muito penalizada devido à valorização do dólar perante a moeda brasileira a partir de 1999, gerando impactos significativos sobre os investimentos em tecnologia do setor, seus custos operacionais (insumos) e endividamento;
- Houve aumento considerável dos custos operacionais em toda a cadeia produtiva, devido aos índices de reajuste de preços e de fornecedores no período, sem a contrapartida de igual percentual para as receitas;

- A crise das operadoras de planos de saúde reprimiu também os honorários médicos além do já citado sub-reajustes aos prestadores de serviço;

- A ausência de crescimento econômico, aliada a não abertura de novos postos de trabalho, o corte de gastos no setor privado em geral e a queda da renda da população acarretaram uma estagnação da base coberta por planos privados de saúde no período, sendo que em alguns mercados houve decréscimo de usuários ou um rebaixamento do padrão de cobertura.

Diretrizes de Decisão

Baseados neste cenário, as reflexões gerais de um plano empresarial, apontaram para um novo desenho apresentado resumidamente abaixo:

- Os hospitais privados deveriam adotar novos formatos de gestão operacional, aplicando práticas profissionais de organização empresarial, redução dos seus custos e modificando o *mix* dos serviços oferecidos, visando à recuperação da rentabilidade e a criação de valor para suas empresas.

- Os contratos em dólares dos anos anteriores deveriam ser em grande parte renegociados, os fornecedores internacionais tiveram que adaptar seus preços para a nova realidade de câmbio, o mesmo ocorrendo com os provedores de serviço visando se adaptar ao “novo” mercado. Permaneceria o hiato tecnológico entre a necessidade do mercado e o que é oferecido pelos fornecedores, além disso, a decisão por novos investimentos, a produtividade destes equipamentos e o retorno sobre o capital serão ainda os tópicos principais para os próximos anos;

- A expectativa da melhoria de renda e novos empregos deverão auxiliar num crescimento da base coberta por seguro e planos de saúde. Contudo, o fator custo para as empresas e pessoas físicas ainda será um limitante, espera-se novas adaptações e restrições dos serviços cobertos pelas operadoras.

- A falta de uma política pública de governo para expansão da rede gratuita de qualidade de atendimento à população ainda será um estimulador para o mercado de saúde complementar privado, mantendo o cenário atual que é a preferência da população, com emprego formal ou com uma renda familiar média, pelo sistema de cobertura privada.

- A possibilidade de captação de recursos financeiros para investimento e financiamento de um projeto de rede hospitalar, que, através do acúmulo de vantagens competitivas e modelos de gestão empresarial, com qualidade e boa relação custo-benefício, pudesse alcançar reconhecimento comercial, com o conseqüente retorno de capital aos investidores.

O Caso Rede VITA

Serão apresentados os principais pontos da viabilização, implantação e modelo estratégico de gestão da Rede VITA de Hospitais sem, contudo buscar esgotar todos os aspectos característicos de sua operação e de sua estratégia dentro do cenário apresentado anteriormente. Para uma melhor compreensão geral do modelo, serão também abordados alguns aspectos da criação e da trajetória do Grupo VITA (entidade fomentadora e proprietária da rede) que tem como principal perspectiva empresarial o desenvolvimento e a operação de uma rede articulada de

hospitais privados, focados em nichos de mercado e em cidades ou regiões que apresentem espaço de atuação, sem vínculo societário com fontes pagadoras.

O Grupo VITA iniciou sua trajetória empresarial no início dos anos 90, a partir da união de duas empresas voltadas à consultoria e administração de empreendimentos de saúde – a Care e a APPH. Da união do corpo técnico destas empresas em 1996 surgiu a Hospitalium Planejamento e Administração Hospitalar, voltada para o planejamento, implantação e administração de projetos na área da saúde. Em 1998, através da *joint venture* entre a Hospitalium e a International Hospital Corporation (IHC) de Dallas TX, apresentou-se ao mercado uma empresa de consultoria em gestão denominada IHC Hospitalium e uma empresa de investimentos em projetos privados de saúde operados em rede, a VITA Participações e Empreendimentos.

A estratégia implementada pelo Grupo para montagem da Rede VITA foi a aquisição de unidades de negócio já existentes, portanto geradoras de caixa e que pudessem sofrer um processo de adaptação ao "modelo VITA". Buscou-se inicialmente a aquisição de empreendimentos anteriormente administrados pela Hospitalium, antiga empresa de gestão de empreendimentos de terceiros, que antecedeu a IHC-Hospitalium, o que, de certa forma facilitava o *turn-around* (implantação de um novo modelo operacional). Em anos seguintes implantou duas novas unidades, conforme a cronologia abaixo:

- Em 1999 a VITA Medicina Diagnóstica em Florianópolis / SC a partir da aquisição do CBI (Centro de Bio-Imagem) e da Clínica Radiológica Carlos Corrêa.

- Em 2000 fez a aquisição do Hospital da Companhia Siderúrgica Nacional, estabelecendo o Hospital VITA Volta Redonda, atualmente com 110 leitos.

- Em 2000 adquiriu o Hospital VITA Curitiba, que havia sido implantado pela própria Hospitalium em 1996. Trata-se de um hospital de 140 leitos, sendo 37 de terapia intensiva.

- Em 2004 implantou o Hospital VITA Batel em Curitiba com capacidade instalada de 90 leitos.

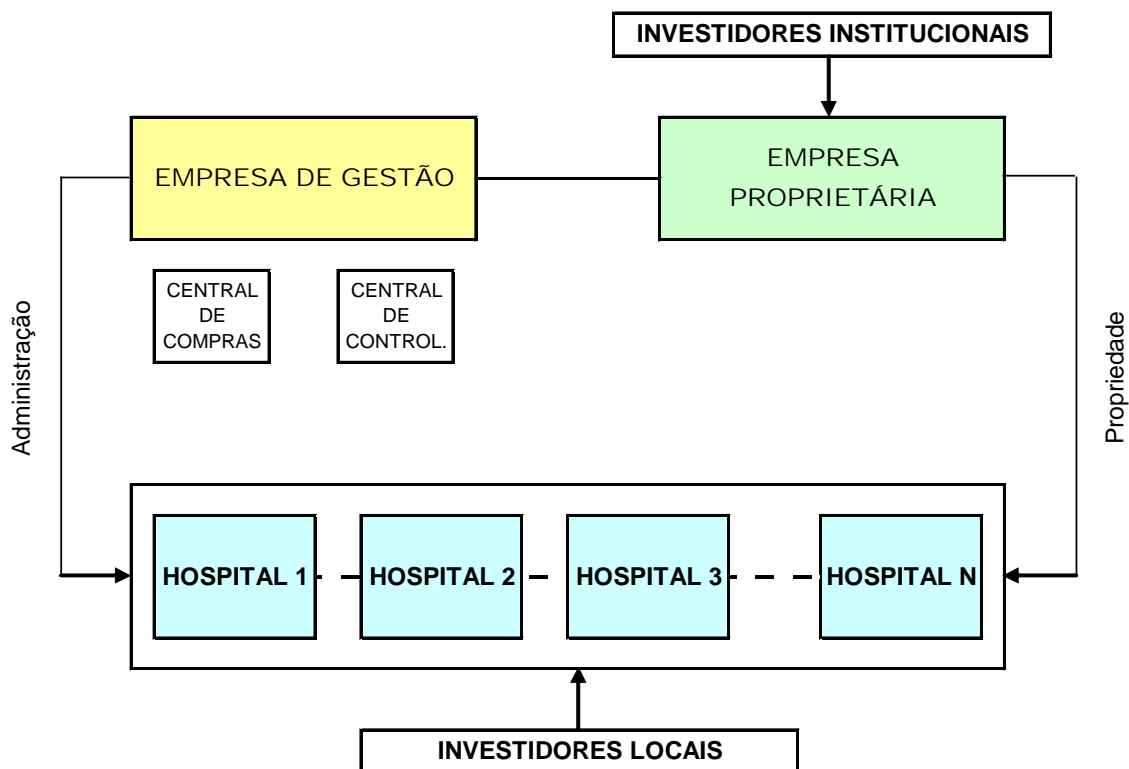
- Em 2005 implantou a Maternidade VITA Volta Redonda, com capacidade instalada de 40 leitos.

Como já salientado, a rede é formada por instituições privadas de saúde, não pertencente a fontes pagadoras, formada principalmente por hospitais gerais e conta com a participação de investidores institucionais. Todas as suas unidades são sociedades anônimas, com debêntures colocadas no mercado e com metas desafiadoras de resultado econômico financeiro.

Tal modelo de rede vem apresentando crescimento anual em seu volume de atendimentos e atingindo suas metas de faturamento e EBITDA (resultado operacional antes de impostos, depreciações e amortizações) estabelecidas em seus orçamentos. Este crescimento demonstra-se em sintonia com seu planejamento e mantém a mesma estratégia implementada desde o início de melhorar seus resultados, não somente pelo crescimento do seu faturamento, mas também através do controle de seus custos. Apesar do aumento no volume de internações, os indicadores de qualidade percebidos pelos pacientes, mantiveram-se em patamares altamente satisfatórios, o que condiz com o comprometimento junto aos clientes, comunidade e investidores.

As ações estratégicas realizadas nos últimos anos possibilitaram que tais unidades se tornassem referência nas regiões onde estão localizadas. Com qualidade e eficiência nos serviços prestados, seus projetos obtiveram reconhecimento nacional.

A principal sinalização desta qualidade foi percebida em Dezembro de 2004, quando o Hospital VITA Curitiba conquistou a acreditação plena pela ONA – Organização Nacional de Acreditação, tornando-se o primeiro hospital do Estado do Paraná a alcançar tal distinção. O mesmo ocorreu em Junho de 2005 com o Hospital VITA Volta Redonda, também o primeiro hospital Acreditado Pleno no Estado do Rio de Janeiro. Foram vários meses de trabalho em equipe que resultaram no reconhecimento, por terceiros, da qualidade destes hospitais no atendimento aos seus pacientes, reforçando a sua missão de cuidar de vidas, utilizando técnicas fundamentadas em princípios científicos e éticos, em constante aperfeiçoamento e baseados nos valores e nos compromissos assumidos com a comunidade, clientes, colaboradores e empreendedores.

Figura 1: Estrutura geral de organização de Rede Hospitalar

Aspectos Gerais de Gestão

Um dos aspectos relevantes da operação em rede foi a necessidade da existência de um escritório corporativo voltado à gestão consolidada da rede, que inclui a consolidação dos indicadores operacionais e financeiros de todas as unidades hospitalares, a definição das políticas corporativas de marketing, recursos humanos, comerciais, financeiras, operacionais e técnicas. Ainda, a elaboração e acompanhamento do planejamento estratégico da empresa, bem como o controle centralizado dos padrões visuais, uniformes, impressos, fluxos, rotinas e orçamento.

Figura 2: Exemplos de padronização utilizados em organização de Rede Hospitalar

Layout

Manuais Organizacionais - 25

Uniformes – 85 peças

Impressos – 150 formulários

Figura 3: Exemplos de padronização utilizados em comunicação visual de Rede Hospitalar

Com a extensão dos limites geográficos de um projeto em rede, são impositivas a implementação de princípios normalmente aplicados em organizações de estrutura empresarial, tais como:

- aplicação das melhores práticas de governança corporativa;
- modelagem jurídica e financeira compatível com o modelo definido como de controle corporativo centralizado;
- modelo de gestão baseado na integração da controladora com suas unidades operacionais e na interação dos ciclos de gestão da estratégia, de gestão da operação e de gestão dos processos destas.

Vejamos uma breve descrição destes princípios:

a) Aplicação das melhores práticas de governança corporativa

Na busca da perenidade dos negócios e do acesso ao capital profissional, foi elaborado um sistema de direção e monitoramento das empresas, baseados nos princípios básicos que inspiram o Código das Melhores Práticas de Governança Corporativa do IBGC – Instituto Brasileiro de Governança Corporativa: a transparência, a equidade, a prestação de contas e a responsabilidade corporativa, tais como:

- Instalação de um Conselho de Administração, com foco na proteção e valorização do patrimônio da Instituição e na maximização do retorno dos investimentos;

- Supervisão exercida pelo Conselho de Administração no que tange ao relacionamento entre os executivos do grupo e as demais partes interessadas (*stakeholders*);

- Contratação de auditorias externas através do Conselho de Administração baseadas nos critérios de contratação e independência;

- Segregação das funções do Presidente do Conselho e de Diretor Executivo (CEO);

- Contratação dos cargos de diretoria sob indicação do Diretor Executivo com a respectiva aprovação do Conselho de Administração;

- Diretor Executivo assim como os demais membros da diretoria responsáveis pela manutenção de um relacionamento transparente com os *stakeholders* (partes interessadas);

- Transparência nas informações;
- Elaboração e implementação do Código Postura Corporativa em toda a Empresa;

b) Modelagem jurídica e financeira compatível com o modelo definido como controle corporativo centralizado

A estrutura implantada é composta, como já dito por uma empresa holding, uma empresa especializada em gestão de serviços de saúde e as unidades operacionais, prestadoras de serviços de saúde, também sociedades anônimas.

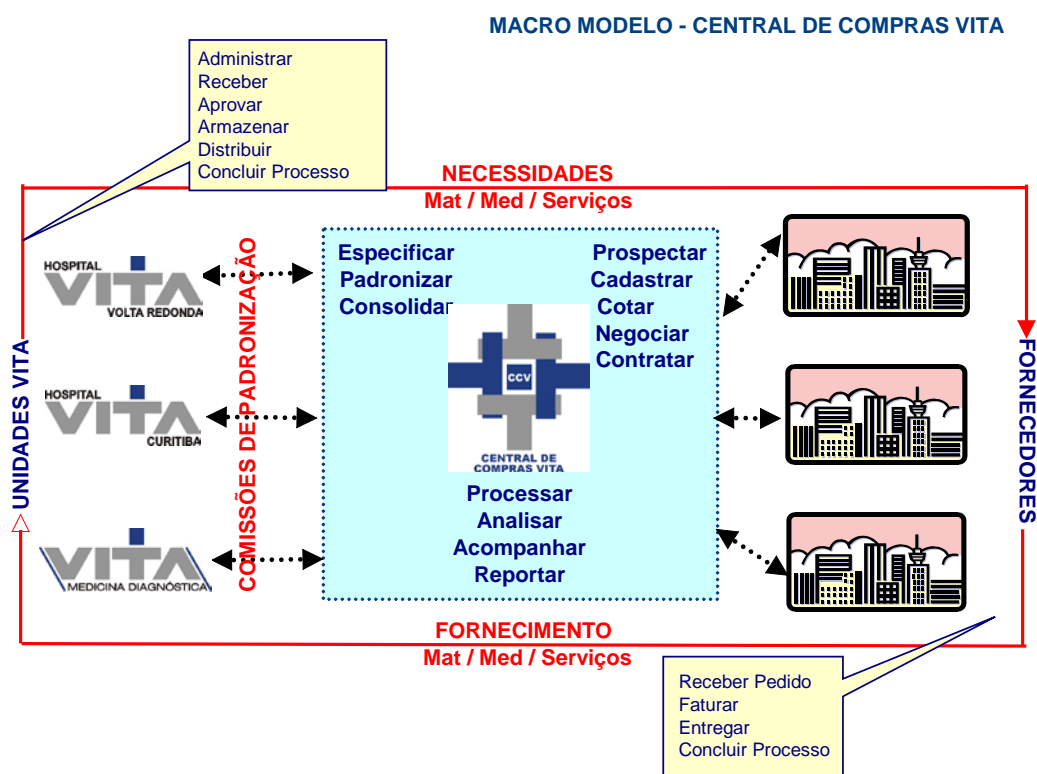
O foco da holding se concentra em:

- Na formulação e implementação de estratégias corporativas;
- Na análise e viabilização de novos negócios;
- Na mobilização de recursos de capital de risco, *funding*, empréstimos próprios ou de terceiros, e sua alocação entre as unidades existentes ou em novas Unidades;
- Na maximização da produtividade dos recursos atribuídos a cada unidade.

O foco da empresa de gestão se concentra em:

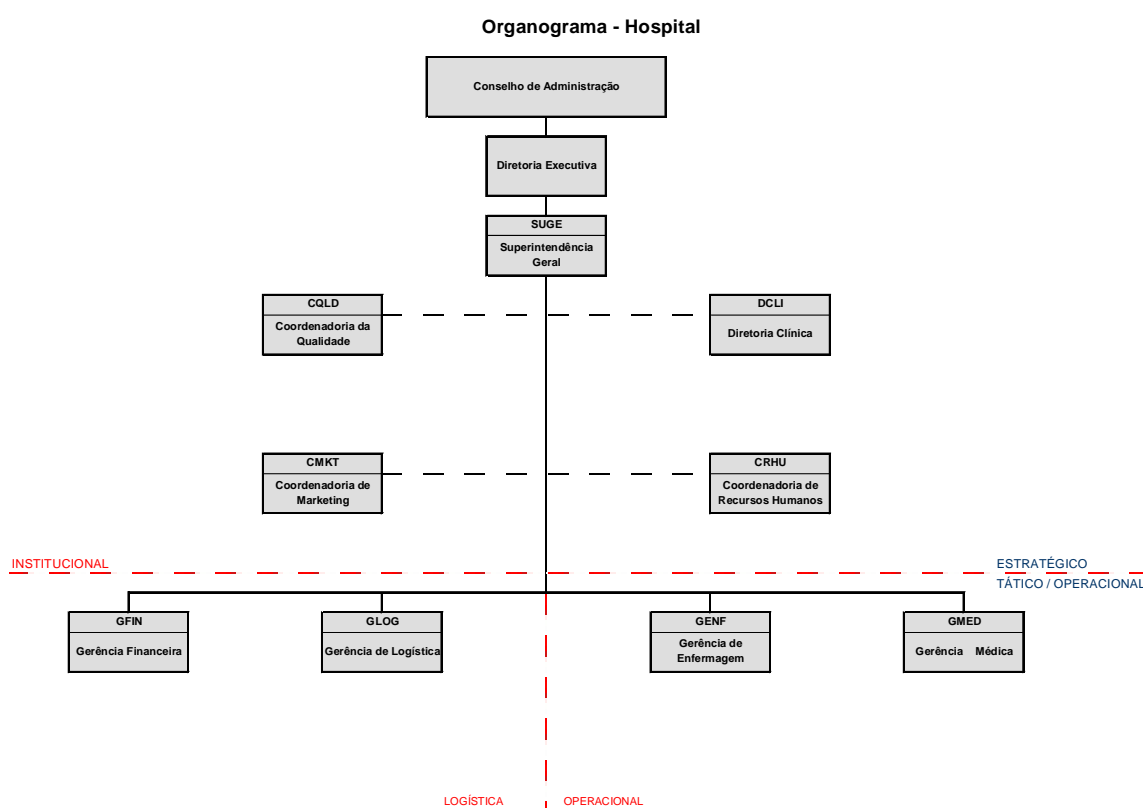
- Elaboração e acompanhamento dos planos estratégicos;
- Analise e acompanhamento dos indicadores de qualidade e performance operacional;
- Controle econômico-financeiro, contabilidade e auditoria interna;

- Gestão do fluxo de caixa;
- Compras e/ou negociações globais com fornecedores *(ver figura abaixo);*
- Normalização de tecnologias;
- Relacionamento com mercado;
- Gestão da marca e da imagem institucional.

Figura 4: Macro-modelo de central de compras

c) Modelo de gestão aplicado baseado na integração da controladora e suas unidades e na interação dos ciclos de gestão da estratégia, de gestão da operação e de gestão dos processos destas.

Os hospitais em rede seguem um modelo de gestão padrão, as premissas e diretrizes emanadas pela controladora norteiam a elaboração e a operacionalização

das ações estratégicas, operacionais e de processo, de forma a poder acompanhar o reflexo de uma determinada diretriz da controladora desde o plano estratégico da unidade, passando por seu orçamento de produção e pela projeção dos resultados econômicos e financeiros da mesma. Isto permite a observação do alinhamento das metas processuais, no âmbito departamental e pessoal do colaborador responsável pela execução, até a referida Diretriz.

Figura 5: Modelo de organograma hospitalar

Em função da ação das operadoras no sentido de dilatar os prazos médios de recebimento, é necessário melhorar a eficácia do gerenciamento do ciclo financeiro da atividade, objetivando minimizar os investimentos em capital de giro, logo, a diretriz da controladora foi no sentido de compensar a ampliação dos prazos médios de recebimento dentro do ciclo. Esta diretriz corporativa foi observada nos mapas estratégicos das unidades, iniciando um conjunto de ações estratégicas, visando o alongamento dos prazos médios de desembolso assim

como a diminuição dos prazos médios de estocagem e faturamento. Desta forma, as metas dos orçamentos de produção, no que diz respeito à gestão de materiais e administração dos recebíveis foram alteradas, criando condições para a manutenção das projeções econômico-financeiras. Para tanto, as metas dos setores de faturamento e abastecimento das Unidades foram revistas, provocando uma redefinição das metas pessoais dos compradores, dos técnicos de gestão de estoques e de faturamento que para alcançar os novos patamares exigidos precisaram revisar seus processos.

O modelo elaborado prevê a organização das funções da gestão em três fases que interagem entre si, a fase de gestão da estratégia, a fase de gestão da operação e a fase de gestão dos processos, assim como para cada fase foi definido um conjunto de objetivos e ferramentas específicas.

Síntese dos Resultados

Ao se consolidar o planejamento estratégico da controladora e de suas unidades, possibilitou-se a uniformização do modelo de gestão, a visualização das necessidades e oportunidades dos diversos mercados onde marca opera, auxiliando de forma objetiva os gestores das unidades também na implantação e comercialização de novos produtos e serviços, assim como a otimização daqueles já existentes.

Ao analisar em conjunto o resultado dos indicadores de qualidade e performance operacional da controladora e de suas unidades constrói-se uma moldura capaz de reproduzir o modelo em novas unidades, assim como, garantir a melhoria continua dos processos operacionalizados, além de permitir a identificação das melhores praticas técnicas e administrativas possibilitando a melhoria continua da operação da REDE.

A centralização dos controles econômico-financeiros garante a qualidade das informações, das analises, assim como das projeções, unificando e uniformizando o modelo de elaboração e execução dos orçamentos (*budgets*), além de facilitar a consolidação e a demonstração dos mesmos.

Ao se centralizar a gestão do fluxo de caixa, foram criada as condições para um gerenciamento mais otimizado das disponibilidades e das necessidades de recursos das unidades assim como dos novos projetos.

Com a Implantação de uma central de compras, foi otimizado o processo de compras e de desenvolvimento de parcerias com os fornecedores de insumos e tecnologia, maximizando o resultado destas transações.

A partir da normalização do uso da marca, assim como da comunicação institucional, foi concluído um modelo de gestão da imagem institucional, capaz de minimizar os possíveis efeitos negativos oriundos de informações ou declarações de cunho técnico ou corporativo desordenados, além de propiciar um padrão interno de comunicação e reconhecimento da rede.

Em síntese, o modelo desenvolvido vem demonstrando sua eficácia tanto na implantação da rede, como na operacionalização e controle de suas unidades. O desenvolvimento de atividades estratégicas pela controladora vem possibilitando a uniformização, a otimização e a maximização dos resultados da rede. As unidades por sua vez, dispondo de premissas, diretrizes, objetivos consistentes em sintonia com a realidade de cada mercado, de adequadas ferramentas de gestão e de profissionais qualificados conseguem agregar valor ao negócio e a seus acionistas, atingindo as margens estabelecidas, assim como garantido a imagem institucional desejada.

A Rede VITA tem alcançado excelentes índices de satisfação por parte dos pacientes e demais usuários de seus serviços. O relacionamento profissional e ético imposto junto às operadoras de planos de saúde tem oportunizado um entendimento mais amplo a respeito dos papeis e respectiva importância na cadeia de prestação de serviços ao sistema suplementar de saúde. A aproximação com os médicos, membros do corpo clínico das unidades hospitalares, tem facilitado o entendimento sobre as necessidades deste fundamental grupo, criando assim possibilidades reais de desenvolvimento e incremento de parcerias de longo prazo.

O reconhecimento, por parte dos fornecedores de insumos e tecnologia, da necessidade de estruturas profissionais em nosso mercado, vem abrindo portas para discussão de novas possibilidades de negócio. Já a experiência em encurtar a distância entre o hospital e as empresas contratadoras de planos de saúde tem auxiliado na fixação da imagem das unidades da rede junto aos tomadores de decisão no âmbito das referidas empresas, assim como de seus funcionários, fazendo com que estes valorizem o benefício saúde e consigam mensurar a importância e o impacto de suas redes credenciadas no resultado final destes benefícios.

A gestão de uma unidade de serviços de saúde isoladamente ou em rede é entendida como um exercício diário de gerenciamento de um sistema complexo que necessita de modelos, ferramentas e principalmente pessoas compatíveis com o desafio e capazes de entenderem as continuas necessidades de mudança na busca de seu aperfeiçoamento.

Esta tem sido a experiência na concepção e implantação de uma rede de serviços privados de saúde em nosso país.

Referências Bibliográficas

ABRAMGE, Associação Brasileira de Medicina de Grupo. http://www. abramge.com.br.

ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar. http://www.ans.gov.br

BITTAR, O. J. N. V. *Estrutura organizacional em hospitais*. AMB – 1992.

CYNAMON, S. E.; **SAYEG**, M. A. *A Modernidade da gestão: proposta de um modelo de estrutura organizada*. Caderno saúde pública: 1991.

FURLAN, J. D. *Modelagem de negócio - uma abordagem integrada de modelagem estratégica funcional, de dados e a orientação a objetos*. São Paulo, Makron Books, 1997.

GONÇALVES, E. J. L. *Estrutura organizacional do hospital moderno*. Revista Administração de Empresas, 1998.

GONÇALVES, J. E. L. *A necessidade de reinventar as empresas.* Revista Administração de Empresas, 1998.

HOOLEY, Graham J. e **SAUNDERS**, John. *Posicionamento competitivo: como estabelecer e manter uma estratégia de marketing no mercado. São Paulo*: Makron, 1996.

KAPLAN, Robert S.; **NORTON**, David, *A Estratégia em Ação: Balanced Scoredcard*. Tradução: Frazão, Luiz Euclides Trindade Frazão Filho. Rio de Janeiro, 19º Reimpressão, 1997, Elsevier.

KAPLAN, Robert S.; **NORTON**, David, *Mapas Estratégicos. Balanced Socoredcard: Convertendo Ativos Intangíveis em Resultados Estratégicos.* Tradução:Serra, Afonso Celso da Cunha. Rio de Janeiro, 4º Reimpressão, 2004, Elsevier.

MALIK. Ana Maria, **TELES**, João Pedro. *Programas de Qualidade em Hospitais: um estudo exploratório no Estado de São Paulo* – Brasil em 1999.

MEYER, C. A. *O hospital como organização complexa*. Mundo Saúde, 1996.

MORGAN, G. *Imagens da Organização*. São Paulo: Atlas, 1996.

PEREIRA, M. F. *Mudanças estratégicas em organizações hospitalares*. Revista Administração de Empresas, 2000.

SHANK, Jonh K. *Gestão Estratégica de Custos: A Nova Forma para a Vantagem Competitiva.*Tradução: Lemos, Luiz Orlando Coutinho de *Strategic Cost managemente*. Rio de Janeiro, Campus, 1995.

BREALEY, Richard A; **STEWART**, C. Myers. *Principles of corporate finance.* Tradução: Costa, J.C. Rodrigues da. Lisboa, 3ª edição, 1992, Editora McGraw-Hill de Portugal, Lta.

CAMPOS, Vicente Falconi. *TQC: Controle da Qualidade Total.* Belo Horizonte, Fundação Christiano Ottoni, Escola de Engenharia da UFMG, 1992.

LODI, João B; **LODI**, Edna P. *Holding*. São Paulo, Pioneira Thompson Learning, 2004.

MANUAL DE IDENTIDADE VISUAL – GRUPO VITA, São Paulo, Publicação Interna, 2000.

MANUAL DE ORGANIZAÇÃO GERAL – GRUPO VITA, São Paulo, Publicação Interna, 2000.

MANUAL DE ORGANIZAÇÃO DE MARKETING – GRUPO VITA, São Paulo, Publicação Interna, 2000.

MANUAL DE ORGANIZAÇÃO MÉDICA – GRUPO VITA, São Paulo, Publicação Interna, 2000.

MANUAL DE RECURSOS HUMANOS – GRUPO VITA, São Paulo, Publicação Interna, 2000.

MANUAL E CÓDIGO DE POSTURA CORPORATIVA E PRINCÍPIOS DA ORGANIZAÇÃO – GRUPO VITA, São Paulo, Publicação Interna, 2000.

SILVEIRA, Alexandre Di Miceli da. Governança corporativa: desempenho e valor da empresa no Brasil. São Paulo, Saint Paul Editora, 2005.

URBAN, A. T.; **URBAN**, F. T. *Estrutura organizacional para a qualidade de serviços em áreas de atendimento ao cliente*. Revista Administração. Contemporânea, 1995.

21 - Análise dos conflitos entre enfermeiros e médicos em hospitais e pronto-socorros.

Ítala Bazzarelli, psicóloga, doutora em Ciências Sociais pela PUC/SP

“Quando nos limitamos às disciplinas compartimentadas – ao vocabuláris, à linguagem própria a cada disciplina – temos a impressão de estar diante de um quebra-cabeças cujas peças não conseguimos juntar a fim de compor uma figura (...).” (E. Morin, 2002:489).

Este artigo resulta da pesquisa realizada para a redação de tese de doutoramento, na área da antropologia da saúde. Objetiva-se compreender o padrão de relacionamento entre médicos e enfermeiras em pronto-socorros e hospitais. O decorrer das entrevistas revelou o conflito entre as duas categorias profissionais, e, ato contínuo, investigou-se as causas do conflito.

Em visão mais ampliada, as dificuldades de relacionamento se inserem na temática dos atritos profissionais, comuns quando a interdiciplinaridade precisa ser vivida, mesmo que à revelia dos indivíduos. Começamos, pois, discutindo a interdiciplinaridade na ciência e no mundo do trabalho.

Ao refletir sobre esse tema, procuro uma “pequena religação dos saberes”. Claro está que esta investida pouco tem a ver com a proposta de E. Morin, (a não ser como pressão desse “novo” espírito científico), esta sim uma religação em grande angular, apoiada em diferentes pensadores originários de áreas tão diversas quanto a física, a biologia, geologia, paleontologia, antropologia e assim por diante. A minha proposta é modesta, a “pequena religação”, parcial e fragmentária, responde apenas ao apelo desse novo–velho espírito científico. Novo em muitas áreas do saber, mas

há muito esboçado no campo da antropologia, que de forma persistente tem buscado o esforço da interdisciplinaridade.

Minha proposta de reflexão transita na necessidade de um diálogo entre as ciências, delimitado por um contexto pós-moderno constituído de mudanças em todas as facetas, repercutindo em uma visão voltada à atuação interdisciplinar.

Essa “nova forma” de atuar, trabalhar e entender o mundo encerra em seu bojo uma íntima relação com as formas de organização do mundo do trabalho. A formação interdisciplinar tem como argumento central o fato de que o mundo atual opera em rede, ou seja, tudo o que acontece repercute em todas as arenas da vida. As conseqüências para o mundo do trabalho são as possibilidades de contribuirmos para o desenvolvimento de organizações mais solidárias, democráticas e justas. Particularmente nos hospitais, haveria impacto positivo na qualidade de vida e saúde das pessoas.

Nosso mundo é um mundo ligado, no jargão da informática, conectado em tempo real, no qual os acontecimentos globais geram influências em nosso cotidiano, e os acontecimentos locais repercutem na arquitetura global. A postura interdisciplinar é capaz de nos ajudar a enfrentar problemas mais complexos, como as questões ambientais, as doenças, as desigualdades sociais, por permitir um olhar mais abrangente e atuar com a necessária colaboração do “outro”. Isto é gerador de novas possibilidades e de uma compreensão mais satisfatória da realidade. É essa visão que permite aos indivíduos interpretar, questionar e não somente construir e reproduzir.

Neste artigo, a visão interdisciplinar das profissões tem como foco as relações entre médicos e enfermeiras. Ao delimitar-se um conjunto de hospitais e pronto-socorros,

procura-se mapear um território, ainda que este diálogo aconteça também na saúde como um todo.

> “*Uma abordagem interdisciplinar convida os acadêmicos a lidar com maior complexidade, a aprender novas habilidades e a questionar premissas. Também convida indivíduos a sair das zonas confortáveis e abdicar de distinções habituais entre disciplinas, entre os teóricos e os profissionais, e entre muitas das fronteiras tradicionais que podem ser observadas na geração do conhecimento*”. (Parker, 1999:427, in Clegg at all).

As relações entre médicos e enfermeiras no contexto hospitalar formam a questão central desse artigo. O padrão de diálogo estabelecido entre estes profissionais aponta a fragmentação na área da saúde, ocasionando perdas nas relações humanas e na qualidade de vida, bem como na execução dos procedimentos e no bem-estar da população atendida.

As entrevistas realizadas trouxeram à tona o padrão das relações entre médicos e enfermeiras, marcado pelo conflito. Através dos relatos de médicos e enfermeiras as questões foram se resolvendo; ao comparar-se os relatos tornou-se visível a insatisfação de ambas os profissionais e do conflito.

As relações no interior de cada categoria apontam de um lado, para a tensão provocada pela concorrência entre os médicos e de outro, na enfermagem, para a falta de unidade na profissão e no desconforto durante a execução diária do trabalho. Os conflitos e tensões dão-se no ambiente árido do hospital, marcado, a todo instante, pelas contradições da possibilidade da vida e da morte dos pacientes. Esse cenário bastaria para ser eliciador de conflitos. Se não bastasse, há também a dificuldade de diálogo entre profissionais tão fechados em seu “conforto disciplinar”.

Se a excelência é uma das máximas da pós-modernidade, o diálogo interdisciplinar é condição prioritária para a solução de muitos problemas organizacionais e, uma instância, da continuidade da instituição e da diminuição de riscos de incompreensão sobre a realidade do hospitais.

Além da realidade marcada pela constante possibilidade da morte, outro elemento deflagador de conflitos refere-se às relações de poder estabelecidas no hospital ou pronto-socorro. Enfermeiros e médicos disputam poder e prestígio. De acordo com as enfermeiras entrevistadas, há muitas dificuldades no contato diário com o médicos. Na visão delas, “eles (os médicos) sempre querem ser os donos da verdade”, isso afeta todo o contexto, ou seja, o paciente e o serviço.

Ainda quanto ao poder, constata-se nas entrevistas com médicos a dificuldade apresentada na relação com a enfermagem. Na visão deles “elas (as enfermeiras) têm dificuldade em aceitar condutas”, “desejam ter o mesmo poder que o médico”.

Mas, então, porque a relação entre médicos e enfermeiras é ruim? Nos limites oferecidos por esta pesquisa, as causas são as diferenças de origem sócio-econômica, de gênero e das representações sociais de cada uma das profissões.

Em primeiro lugar, há a desigualdade de classe social entre os que buscam a medicina e a enfermagem. O curso de medicina é feito em tempo integral, mesmo numa escola pública, o aluno tem outras despesas: será dependente até terminar os seis anos ou mais do curso, não havendo tempo para trabalho remunerado durante o curso. Isto evidencia o nível de renda da família de origem do estudante.

No Brasil, o período de 1980 a 2006, é caracterizada pela redução da renda média disponível para o consumo. A manutenção de um filho na faculdade requer investimento familiar muito acima de renda média do brasileiro. A medicina é, em

grande medida, uma profissão das classes mais abastadas, opção da elite econômica.

O curso de enfermagem pode atrair uma clientela menos favorecida economicamente e que necessita do trabalho para o sustento, dada a possibilidade de trabalho simultâneo à faculdade. Muitos alunos de enfermagem já vêm com um trabalho anterior e atual em hospitais, na grande maioria, exercendo funções de auxiliares, técnicos e com a possibilidade de plantão, viabilizando o curso e sua manutenção. Aponto para este dado em função do conhecimento obtido nas relações com os alunos de graduação por ter sido professora universitária na enfermagem, durante três anos.

As diferenças econômicas e de classe correspondem a diferenças de escolaridade, conhecimento e oportunidades.

Em segundo lugar, há as diferenças de gênero. A medicina já não é mais preponderante masculina, no aspecto quantitativo. Porém, ainda mantém um *ethos* marcado pelos valores identificados como masculinos e os cargos diretivos nas instituições de saúde são ocupados majoritariamente por homens. Na outra ponta, a enfermagem é predominantemente feminina, inclusive no aspecto quantitativo. O desejo de poder do médico será exercido, muitas vezes, sobre uma categoria profissional considerada subalterna ou auxiliar, sobre uma mulher e uma pessoa de classe social inferior.

Em terceiro lugar, as definições profissionais da enfermagem buscam hoje um distanciamento da definição do seu papel inicial, o cuidar. Há maior aproximação do trabalho intelectual, conseqüência do mundo capitalista, no qual há valorização das atividades de nível decisório. Na sociedade brasileira, em particular, o trabalho visto como “braçal” é ainda mais discriminado em função de recortes atribuídos ao

período da escravatura (1559-1850). Tal conduta se configura nas representações coletivas no povo brasileiro: ao imigrar para países mais desenvolvidos, não tem pudor em trabalhar como garçom, lavador de carros, babás, afinal, não encontra este tipo de segregação nas sociedades ditas do primeiro mundo.

A dupla face do trabalho da enfermagem – cuidar e/ou gerenciar – sugere a ruptura de um modelo construído ao longo do tempo, calcado exclusivamente no cuidar. O cuidar é considerado braçal, enquanto o comandar ou gerenciar é identificado como trabalho intelectual e, executar um, é distanciar-se do outro. As representações socialmente e culturalmente construídas são sólidas e duradouras. Imagens são institucionalizadas no processo de reprodução de representações, transformando visões e atitudes em modelos a serem seguidos desprovidos de questionamento. À despeito das novas funções exigidas da enfermagem, permanece o peso da representação do cuidar.

A valorização da medicina aparece de várias formas. Por exemplo, no desejar que um filho seja médico. Na pesquisa realizada para a tese, a opção pela medicina resulta de forte influência familiar e da reafirmação propiciada pela mídia - nas novelas, filmes, seriados, etc., o médico ocupa papéis na maioria das vezes, ligados à imagem de sucesso.

As questões altruístas (como ajudar, salvar, minorar) que também configuram o universo da medicina, só aparecem como atributo da enfermagem.

As questões ligadas a prestígio, a valorização social, profissional e ao reconhecimento da profissão médica são vivenciadas de forma velada ou explicita. O poder como atributo a ser buscado no exercício da medicina, foi expresso de maneira indireta, configurando o traço explícito de que o poder, para os médicos, encerra emoções contraditórias. Embora almejado, declarar a pretensão de poder

não será bem acolhido pelo contexto profissional. Em função disso, nega-se, embora se queira.

As falas altruístas aparecem na enfermagem (malgrado o relativo afastamento do cuidar e, portanto do “altruísmo”), em sua maioria denotando uma busca de estar em “sintonia” com o que é esperado da enfermagem e com o objetivo central da profissão. Convém esclarecer, atualmente percebe-se um movimento desses profissionais migrando para a área de pesquisa e docência, o que, à primeira vista, configura uma busca de maior valorização profissional.

Na disputa pelo poder e na construção de espaço profissional, a enfermeira enfrenta uma luta árdua: contra os preconceitos relativos ao gênero e à classe social, e quanto papel da enfermagem nos serviços de atenção à saúde. A busca pela vida acadêmica pelas enfermeiras, pode significar uma forma de superar os preconceitos.

A superação dos problemas no relacionamento entre a enfermagem e o corpo médico está nas posturas de maior flexibilidade, a partir das quais os espaços de trabalho sejam respeitados e o saber socializado. As organizações de saúde deveriam contribuir fomentando uma cultura propiciadora de novas interpretações, desestimulando a reprodução das representações antigas. No geral, a materialização de tais recomendações implica em estruturas organizacionais mais democráticas, com meios adequados de diálogo entre os profissionais e a alta direção.

No nível da formação dos médicos e enfermeiros, poderia se repensar os currículos escolares, ampliando-se a interdisciplinaridade. A cultura é um conceito amplo, engloba os saberes econômicos, sociais e políticos de um povo. E alterá-la não é tarefa para um indivíduo. Começar pelos currículos escolares pode ser um caminho. As universidades podem integrar às disciplinas tradicionais, uma formação mais

eclética que possibilite ao indivíduo associar saberes, percepção ética e maximização de competências. O mercado de trabalho já se caracteriza pela valorização de pessoas mais atuantes e voltadas para uma visão de todo, para além do saber baseado em uma só ciência e saber.

No nível ético, é preciso avançar no respeito à diferença e na eleição de maior qualidade de vida como um objetivo tão legítimo quanto a busca pela excelência na gestão.

Bibliografia

BAZARELLI, I. M. *A relação conflituosa entre médicos e enfermeiras no contexto hospitalar*. Tese de doutoramento. PUUC/SP, 2006.

CLEGG, S. R. HARDY.C. NORD.W. R. Handbook de estudos organizacionais. SP: Atlas, 1999.

MORIN. E., ‘A Religação dos Saberes. Desafio do século XXI” Rio de Janeiro: Bertrand Brasil Ed, 2002.

22 - Estratégias do marketing contemporâneo

Hélio César da Silva.

Objetivamente, o marketing – técnica típica do período da revolução industrial – instituiu-se como ferramenta facilitadora para circulação da produção excedente no início do século XX. Com o advento da revolução industrial e com as novas técnicas, a produção aumentou significativamente, exigindo mecanismos mais eficientes para seu escoamento. Desta maneira, a partir da década de 50 os conceitos de marketing se expandem para suportar o aumento da produtividade de bens e serviços motivados principalmente pelos avanços tecnológicos do setor produtivo. Com isto surgem ferramentas de gestão que partem do desenvolvimento do produto, formação de preço, distribuição e comunicação, o *mix* de marketing proposto preconizado por Kotler[11].

No início do deste século, observa-se um deslocamento da prática do marketing subordinado à produção (era industrial), para a prática do marketing subordinado à esfera cultural (sociedade do consumo). Com o avanço tecnológico dos sistemas produtivos, a dinâmica mercadológica desloca-se das competências técnicas das mercadorias para estratégias de marketing com foco na manipulação da cultura dos consumidores. Os gastos de produção de mercadorias (matéria-prima e mão-de-obra) representam hoje menos de 25% dos custos; uma significativa parcela dos

[11] Kotler é provavelmente o autor mais lido no campo do marketing. Com uma trajetória de mais de 30 anos, seus livros venderam mais de três milhões de exemplares em 20 línguas, e são referência do marketing em 58 países. Atualmente, o autor ministra palestras por todo o mundo a um custo médio de US$ 80.000 por conferência, além de prestar consultoria a empresas como AT&T, General Eletric, Ford, IBM, Michelin, Merk, DuPont e Bank of America.

outros 75% é empregada no processo de circulação de elementos culturais para impulsionar o motor de produção de sentidos na promoção e propaganda. A Microsoft, por exemplo, dedica algo em torno de 30% do seu lucro à publicidade e ao marketing (GORZ, 2005).

A indústria farmacêutica despende aproximadamente 40% dos seus gastos com marketing. Trata-se de uma importância bem superior aos gastos com pesquisa e desenvolvimento (P&D), Gadelha (2003). As empresas líderes do setor destinam entre 10% e 20% de seu faturamento às atividades de P&D, enquanto as despesas com marketing chegam a 40% do valor da produção (Gadelha, 1990). Essas atividades têm como propósito incrementar o portfólio de produtos, muitas vezes de forma artificial e sem qualquer ganho terapêutico (Bermudez, 1995), sendo as patentes o principal mecanismo setorial de apropriação privada dos resultados das inovações (Pavitt, 1984).

O mercado da saúde

Com o envelhecimento da população mundial e o aumento da expectativa de vida, o setor da saúde torna-se cada vez mais relevante dos pontos de vista social e econômico. Nos Estados Unidos e na Alemanha, por exemplo, a área da saúde representa 14% e 12% do PIB, ou quase o dobro dos gastos com tecnologia da informação. (KOTLER. SIMON, 2004.) O Brasil gasta com saúde cerca de R$ 90 bilhões por ano. Os países pertencentes à OECDE gastavam em média US$ 60 por habitante em 1960; em 1990, esse número subiu para US$ 1.286. Em termos sociais, os resultados não correspondem ao aumento dos investimentos. Se, por um lado, desenvolvemos programas de saúde muito bem sucedidos – como o programa nacional brasileiro de DST/AIDS –, ainda não resolvemos, por outro lado, problemas

básicos como a malária, a tuberculose, a mortalidade infantil por contaminação no consumo de água etc.

Com o discurso capitalista da competitividade, da eficiência, do aumento da concorrência e da profissionalização nas organizações, o setor da saúde no Brasil sofre cada vez mais as pressões por resultados de curto prazo e com objetivos de acumulação de riqueza para os empreendedores do setor, próprios da dinâmica capitalista. Neste modelo de gestão mercadológica a doença torna-se o público-alvo, sendo que as estratégias de marketing desenvolvidas pela indústria de equipamentos médico-hospitalares, pela indústria farmacêutica, pelo sistema de saúde suplementar (planos de saúde, seguradoras, cooperativas de médicos etc.), hospitais, laboratórios etc., têm como foco principal expandir mercado – ou seja, promover doenças.

Um dado interessante para a analise é o quanto de recursos financeiros os países que possuem mecanismo de regulação de mercado *versus* os que operam com “livre mercado”. A França, por exemplo, controla até a compra de equipamentos médico-hospitalares dos hospitais públicos e privados: o resultado é que, enquanto os Estados Unidos gastaram em 1998 US$ 62,2 bilhões nesses equipamentos, a França gastou US$ 4 bilhões. (FURTADO, 2001: p. 47-49). Já o Brasil, sem nenhum tipo de regulação nesse sentido, consome dos R$ 90 bilhões, R$ 3.23 bilhões em compras de equipamentos, sem contar os custos dos insumos, da manutenção e da mão-de-obra especializada para o funcionamento do setor. Segundo André Furtado e José Souza, “(...) estima-se que os equipamentos médicos representam algo em torno de 50% do custo de investimento de um hospital. Assim, para um hospital de 500 leitos gastam-se US$ 80 milhões em equipamentos e mobiliários hospitalares”. (FURTADO e SOUZA, 2001, p. 74.)

O mais grave é que o uso desses equipamentos é, muitas vezes, superdimensionado e mal distribuído. Belo Horizonte, por exemplo, possui 45 tomógrafos para atender a aproximadamente 2,3 milhões de habitantes; já a cidade de Paris, com uma população aproximada de 2,4 milhões, possui apenas 6 desses equipamentos. (CALIL, 2001, p. 98.) A cidade de Santos é um bom exemplo dos custos para sociedade que o uso descontrolado das tecnologias na área da saúde pode acarretar. “Um estudo sobre o município de Santos mostra que foram utilizados equipamentos de radiação (terapia e diagnóstico) em cerca de 650.000 pessoas. De acordo com dados da OMS, não deveria haver mais do que 150.0000 pessoas irradiadas em relação à população do município. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a indicação de diagnóstico por imagem deveria ocorrer em 5% das referências em consultas ambulatoriais. Para o caso de Santos, o número de consultas em 1998 (incluindo emergências) foi de 1,4 milhão.” (CALIL, 2001, p. 99.)

O Brasil das filas para consultas, exames de diagnósticos, internações etc. possui: mais tomógrafos por habitante do que muitos países desenvolvidos; 1570 mamógrafos, o suficiente para atender a 376, 8 milhões de pessoas, aproximadamente o dobro da população brasileira; 2,2 leitos para internação hospitalar por habitante em São Paulo, contra 0,5 nos Estados Unidos. Tudo aponta, enfim, para problemas de administração mercadológica.

Analisando o marketing da indústria farmacêutica

No setor farmacêutico, com o avanço da biotecnologia, abrem-se as possibilidades de cura de diversas doenças, bem como aumenta exponencialmente a possibilidade da melhoria na qualidade de vida da humanidade. O desafio concentra-se em desenvolver mecanismos que permitam o acesso das conquistas ao conjunto da

população, visto que é a população menos favorecida que está distantes de usufruir dos benefícios do setor.

No Brasil, por exemplo, conforme mostra a tabela 1, há uma forte concentração de gastos com medicamentos nas classes sociais com maior poder aquisitivo que podem adquirir diretamente seus medicamentos em farmácias. Os mais pobres precisam da assistência do governo que, em 1997, gastou US$ 1 bilhão com medicamentos (Fialho, 2001; OPAS, 1998; Quental *et al*., 2001), montante ainda aquém das necessidades sociais.

Tabela 5

Consumo de medicamentos por faixa de renda.

Renda (SM)	% da população	% do consumo de medicamentos	Consumo *per capita* (US$)
> 10	15	48	193
4-10	34	36	64
0-4	51	16	19

SM = salário mínimo.
Fonte: OPAS (1998).

Em termos mundiais o resultado da falta de políticas públicas para o setor que atendam as populações menos privilegiadas é ainda mais grave. Um artigo do Le Monde Diplomatique publicado na revista Caros Amigos, "O apartheid da saúde", colabora com o entendimento desta questão ao relatar a gravíssima disseminação da AIDS na África, onde um em cada seis adultos é soropositivo. Os 22 milhões de soropositivos africanos representam 65% dos portadores do vírus em todo o mundo. O artigo lembra a epidemia da peste que devastou a Europa entre 1347 e 1351, com uma irônica diferença: naquela época, não se sabia como enfrentar o flagelo. Hoje, a ciência tem condições de erradicar a epidemia. Países como a Tailândia desenvolveram medicamentos para o tratamento da AIDS, mas foram impedidos de

comercializá-lo por causa das pressões de laboratórios norte-americanos protegidos pela lei de patentes. E os depoimentos dos empresários do setor não são animadores. Bernard Lemoine, diretor do Sindicato Nacional da Indústria Farmacêutica, não esconde sua irritação com o tema. Ao ressaltar as ações positivas dos laboratórios, como redução de preços, concessão de drogas não utilizadas e auxílio a fundações, sustenta, inapelável: “Não vejo por que se exigiriam da indústria farmacêutica sacrifícios especiais. Ninguém pede à Renault que dê carros a quem não tem”. (VASCONCELLOS, 2000, p.34.)

Composto de Marketing

A partir deste breve relato sobre o mercado da saúde analisaremos os conceitos do composto de marketing “4Ps” - desenvolvimento de produtos, formação de preços, sistemas de distribuição (praça) e sistema de comunicação (promoção) - proposto por Kotler, à luz das práticas das organizações do setor da saúde, para então refletirmos sobre os desafios mercadológicos.

Produto

Como proposta de construção do P de produto, Kotler desenvolve o seguinte:

“A base de qualquer negócio é um produto ou serviço. Uma empresa tem por objetivo oferecer algo de maneira diferente e melhor, para que o mercado-alvo venha a preferi-lo e até mesmo pague um preço mais alto por ele.

Mas os produtos variam quanto ao grau em que podem ser diferenciados. Em um extremo, temos as chamadas *commodities* como produtos químicos básicos, metais, frutas, legumes e verduras, sal e outros. O talento em marketing está mais à prova com produtos do tipo *commodity*. Mas não é sempre recomendável presumir que sejam *commodities*. Uma *commodity* não passa de um produto à espera da

diferenciação.” (KOTLER, 2002: 126)

Para aprofundar sua teoria de desenvolvimento do produto Kotler explica que as *commodities* podem ser diferenciadas em termos reais e psicológicos. Para exemplificar o autor cita a marca Marlboro como valor principal do produto cigarro; na indústria automobilística são apresentadas as diferenciações psicológicas como prestígio (Mercedes), superioridade em desempenho esportivo (Porsche) ou segurança (Volvo). (KOTLER, 2002)

Na indústria farmacêutica, medicamentos genéricos ou dos tradicionais laboratórios são diferenciados pelas suas marcas. Os planos de saúde suplementares desenvolvem produtos similares, a diferença principal é pertencer ao mundo da Unimed, ou da Sul América, ou da Medial. Os hospitais, tais como, Santa Catarina, São Luiz, Pro Matre São Paulo, possuem as mesmas infra-estruturas de equipamentos, e em grande medida, boa parte do corpo médico trabalha nestes mesmos locais. Os procedimentos complementares de diagnóstico não são diferentes: temos o mundo dos laboratórios Delboni, Fleury, Lavosier, entre outros, em que os reagentes químicos, filmes radiográficos e equipamentos são praticamente os mesmos. Novamente é a marca que determina qual é o melhor laboratório.

O que se observa é que o marketing, aproveitando os recursos cada vez mais sofisticados oferecidos pelas tecnologias comunicacionais, apropria-se de um conjunto de símbolos culturais das comunidades para construir sua identidade, ou seja, sua marca. Ao fazê-lo, desenvolve formas de comunicação que induzem ao sentimento de pertencer à identidade forjada pelo repertório dos valores, mitos e crenças vinculados a determinada marca-mercadoria. Esta estratégia é denominada pelos especialistas de marketing como segmentação de mercado.

Prova desta estratégia de marketing ancorada na manipulação de elementos psicológicos e culturais pode ser constatada na entrevista cedida pelo psicólogo, antropólogo e especialista em marketing G. Clotaire Rapaille, que estuda atualmente o impacto da cultura sobre empresas e mercados, para a revista Havard Business Review Brasil. Sua estratégia de trabalho é a identificação de arquétipos dos consumidores, para então fisgá-los por meio de peças publicitárias desenvolvidas para as campanhas de produtos e serviços. Abaixo segue um trecho da entrevista apresentando o pensamento do autor.

“No caso de produtos de beleza, por exemplo, em geral é útil compreender o arquétipo da grande mãe, que nutre os filhos. Daí a P&G martelar essa tecla da nutrição para promover uma de suas linhas mais populares para o cabelo, a Pantene. A mulher precisa alimentar, nutrir o cabelo. Ou seja, a Pantene apela para o instinto materno da consumidora. Para vender perfume é preciso mirar a sedutora, é preciso entender o desejo da mulher de ser atraente, de ser desejada, seu medo de envelhecer. Um vendedor que entende esse arquétipo pode convencer uma mulher a pagar US$ 3 mil por três frascos de perfume que com US$ 3 se fabrica. Já o vendedor que não entende esse arquétipo terá sorte se conseguir vender um frasco de Chanel nº 5 por mais do que 30 centavos (...)”.

“No setor farmacêutico, o principal arquétipo é outro. O representante de vendas precisa convencer o médico a receitar certos medicamentos. É uma tarefa que a internet veio complicar, pois o paciente hoje em dia muitas vezes sabe mais do que o doutor. O medico detesta isso, e é ao manipular essa sensação que o bom vendedor pode conquistar de verdade o profissional. Naturalmente, precisa fornecer mais informações para que o médico possa exibir sua grande inteligência para o paciente. O verdadeiro desafio, porém, é entender o sofrimento do médico. Hoje,

esse médico sente que já não pode clinicar. Não é só a internet, mas o governo também. A medicina virou uma grande burocracia, algo que o médico também odeia. Logo, o bom vendedor trata o médico como o velho sábio que salva vidas, não como o burocrata no qual ele de fato se converteu."

Outro autor que também aponta na mesma direção para ações do marketing é Semprini (1995). Em seu livro, *El marketing de la marca*, ao analisar a construção de marcas pelas organizações deixa claro que com o consumerismo os indivíduos são cada vez menos seduzidos a consumir as mercadorias somente a partir do discurso das competências técnicas e utilidades do produto. A similaridade das mercadorias – ou a comoditização propriamente dita – está levando as empresas a se ancorarem em novos valores. A marca se insere nesse espaço com o desafio de dar novos sentidos ao consumismo.

Preço

O processo de formação de preços, que já teve como princípio metodológico os custos do produto mais a margem de lucro do capitalista, ganha novos horizontes na estratégia do marketing contemporâneo. Kotler, por exemplo, o define assim:

"O preço dos produtos ou serviços das organizações com ou sem fins lucrativos está inserido nas diversas relações humanas, ou seja, na aquisição de um serviço de transporte, na compra de um carro, na remuneração de um conferencista; sendo o preço de um executivo o ordenado, o preço de um vendedor a comissão, o preço de um operário o salário. Embora muitos economistas não concordem, o imposto de renda é o preço que pagamos pelo privilégio de ganhar dinheiro. Para o autor, apesar de o preço não ser mais o fator determinante no comportamento de escolha

do consumidor, permanece como um fator importante na participação de mercado das organizações e na sua rentabilidade.

Em síntese, preço, dentro do composto de marketing, é o valor máximo que um vendedor consegue receber pelo seu produto ou serviço, tendo como contraponto o valor mínimo que o comprador consegue pagar." (KOTLER, 1996: 424)

Para ilustrar esta estratégia de formação de preço, Kotler, em seu *Marketing para o século XXI*, relata o êxito da empresa DuPont. Por meio de sedução e intimidação, a empresa induziu determinado perfil de consumidor a adquirir por 10 mil dólares uma mangueira cujo custo de fabricação era de 100 dólares.12 O argumento da sedução era a economia de 30 mil dólares na aquisição desse artefato – custo de cada paralisação da produção para troca da mangueira no processo de manutenção; perdem-se 10 mil dólares por dia nessa operação. A duração média do similar dos concorrentes é de um ano, contra três da DuPont. O apelo de intimidação passava pelo fato de que, se o cliente não adquirisse a mangueira da DuPont, incorreria na elevação de custos de sua cadeia de valor – custos administrativos, operacionais e comerciais – embotando a competitividade. Os custos da DuPont em pesquisa, matéria-prima e força de trabalho para o desenvolvimento da mangueira ficam em segundo plano nessa sistemática de formação de preço. O prêmio dos altos lucros conquistado pela DuPont só é ameaçado pelas ações dos concorrentes, isto é, os preços são acrescidos de grande margem de lucro, viabilizando a manipulação, até que a concorrência incomode, o que se responde com um novo produto, com as mesmas características e preços mais competitivos.

Na transposição dessa mesma lógica de formação de preços para o setor da saúde,

[12] É importante destacar que Kotler não menciona se no preço de custo da mangueira da DuPont estão incluídos os investimentos de pesquisa. Porém, mesmo que se considere esse custo, a diferença para o preço de venda final do produto aponta para uma outra lógica de formação de preço que não a de insumos mais força de trabalho e lucro do capitalista.

como sugere Kotler13, configuram-se riscos dos indivíduos precisarem de produtos ou serviços essenciais e não terem condições de adquiri-los. Como exemplo disso, poderíamos citar a problemática atual dos medicamentos para o tratamento da AIDS, que, dado seu valor para os indivíduos que deles necessitam – e, neste caso, estamos falando em estar entre a vida e a morte – não podem ser entendidos da mesma forma que os artefatos da categoria da mangueira DuPont. No caso do medicamento, é imperioso que se considere o aspecto de emancipação do indivíduo consumidor, sua cidadania e, tantas vezes, até mesmo sua sobrevivência.

Em resumo, na formação de preços ,o conceito de demanda e oferta está longe de corresponder à realidade. O que se observa é que produtos com baixa elasticidade-preço, como é o caso dos medicamentos, atingem preços completamente absurdos, na medida em que pessoas com a saúde ameaçada não podem se privar deles. Geram-se assim escassez artificial, cartelização dos produtores e fixação dos preços em níveis desastrosos do ponto de vista da saúde. No Brasil, por exemplo, o reajuste acumulado dos remédios no período de 1984 a 1997 ficou 33,33% acima da inflação. (QUEIROZ e VELAZQUEZ, 2001). Neste caso, a formação de preço dos produtos está ancorada na angústia dos doentes, e não nos custos de desenvolvimento de produto, produção industrial e marketing.

A estrutura de formação de preço apresentada por Kotler permite algumas reflexões. Os conceitos sinalizam manipulação e sedução dos indivíduos a desembolsarem o máximo de dinheiro, não importando o custo do produto para o produtor – o *status*, a virilidade, a felicidade não têm custos de matéria-prima ou força de trabalho, mas apenas das ações de marketing, como propaganda e publicidade. O resultado desse

[13] “As universidades competem por alunos; os museus tentam atrair visitantes; as organizações teatrais, cinematográficas e outras desejam conquistar um público; as igrejas buscam fiéis, e todas essas organizações procuram angariar fundos. Os indivíduos também realizam atividades de marketing: políticos buscam votos; médicos procuram pacientes e os artistas, celebridade.” (KOTLER, 2002: 11)

mecanismo de formação de preço é a majoração do custo final dos produtos em percentuais extraordinários (chegando a patamares de mais de 100 vezes o custo real do produto, como é o caso, por exemplo, da vitamina C, ou até mesmo 1.000 vezes, no caso da caneta Mont Blanc), impedindo o acesso de grande parte da sociedade ao consumo por falta de recursos financeiros. O que propomos colocar em relevo é que em uma sociedade na qual milhares de pessoas não atingiram sequer o nível de satisfação de suas necessidades básicas, forjar preços dos produtos com uma parcela significativa ancorada em elementos da esfera cultural produz cada vez mais um distanciamento entre essas pessoas e qualquer possibilidade de serem atendidas em suas necessidades básicas de sobrevivência.

Praça: delimitando o acesso aos mundos

No composto de marketing a praça, que teve sua origem nos primórdios do marketing (início do século XIX), com a finalidade precípua de criar uma logística operacional de escoamento da mercadoria para um mundo econômico com relações comerciais em âmbito internacional, ganha agora novas atribuições. Kotler aponta caminhos diversos para que o acesso ao consumo produza lucros para as empresas. Os temas são “intermediação”, “vendas diretas”, “vendas on-line” e “vendas como um centro comunitário”. (KOTLER, 2002: 140)

O tema da intermediação, explorado pelo enunciador como um caso de êxito, carrega o sentido do estruturado, do impessoal, do presente etc., enquanto o tema das vendas diretas estabelece o sentido do humano, do direto, do passado, entre outros; já o tema vendas on-line se configura pelo virtual, pelo abstrato, pelo impessoal, pelo futuro; por fim, Kotler utiliza a temática do centro comunitário. O autor cita o exemplo da livraria Barnes & Noble que responde a problemas dos indivíduos como a falta de tempo, de diversão, de estacionamentos, serviço ruim e

preços altos, oferecendo-lhes um centro comunitário com divertimento, *shows*, café, confeitaria etc.

Para além de indicar um canal de escoamento da mercadoria por parte dos produtores, ao versar sobre a teoria de praça ou distribuição, Kotler constrói uma narrativa elucidativa a respeito da fabricação sob medida de um mundo para um determinado tipo de consumidor. O canal de venda parece perder sua função principal de origem – viabilizar o acesso dos indivíduos às mercadorias – transformando-se em lugar de consumo nos seus aspectos simbólicos. Ou seja, acessar o mundo da livraria Barnes & Noble e pertencer a ele representa, mais do que adquirir um livro ou um disco, o acolhimento no mundo da diversão, da segurança, da cultura e do entretenimento, e um dos 4 Ps tem sua função de origem deslocada, adquirindo novos significados. Os conceitos de Praça apresentados por Kotler como mecanismo de estruturação do sistema de distribuição que traz em seu bojo todo um discurso funcional na formação de canais de escoamento de mercadoria (produtor, atacadista, revendedor, representantes, vendedores externos e internos etc.), se enfraquecem da mesma maneira que os conceitos de desenvolvimento dos produtos e de formação de preços. Instaura-se a técnica da delimitação dos mundos. O que queremos dizer com isto é que, conforme frisamos antes, a prática atual do mercado é um sistema de construção de espaços, tempo e lugar no imaginário dos indivíduos que transcende a lógica racional da disponibilização das mercadorias em termos práticos – a persuasão dos indivíduos pelas organizações opera principalmente por meio da máquina produtora de significados como espaço feliz, harmônico, de encontro para enriquecimento cultural, acelerado para um mundo urbano, entre outros. Com essa ingerência no imaginário das pessoas por meio desses múltiplos significados, forjam-se experiências

preestabelecidas pelos produtores, de acordo com valores culturais de consumo dos indivíduos.

Na prática, o que se desenha no setor de distribuição é semelhante ao que ocorre com os fundamentos da formação de preço. O acesso dos consumidores aos produtos está ancorado numa estrutura de oligopólio ofuscada pelas mesmas fantasias e simulacros construídos na formação de preço, isto é, por meio da construção de espaços reais ou virtuais pelas empresas fornecedoras de produtos que invadem nosso imaginário, estimulando nossos desejos permeados por valores, crenças e mitos, escamoteando a lógica de oligopólio que estrutura o mercado, simulando um jogo de competição entre as organizações e, em conseqüência, dando uma falsa idéia de livre escolha.

O setor da saúde da mesma maneira está contaminado por este modelo de sedução apresentado. O laboratório Delboni em termos de estratégia de distribuição funciona como a rede *fast food* MacDonald. Com um sistema de PDV (ponto de venda) as unidades do laboratório são projetadas como espaço de lazer para momentos agradáveis das famílias. Funcionado até aos domingos o laboratório propõe um atendimento rápido, padronizado com ambientes de entretenimento para crianças e com uma equipe de funcionários treinados para proporcionar aos usuários momentos de aconchego e felicidade.

Os especialistas de marketing se dedicam cada vez mais a discutir estratégias de fidelização dos clientes em planos de saúde, clínicas e hospitais. Acostumamo-nos a usar hospitais com cartão de relacionamento, maternidades com *american bar* ao lado do berçário, opções de cardápio com padrão de restaurantes internacionais, suítes de luxo ou de tipo executivo – tal como nos melhores hotéis e motéis.

Nos consultórios médicos, as tecnologias como estratégias de marketing já fazem parte do cardápio dos diferenciais competitivos. O exame clínico tradicional é substituído por uma análise via banco de dados *on-line*, em que o médico se limita a digitar a seqüência genética das células sangüíneas do paciente, aguardando que a impressora emita a receita específica completa, com a indicação de remédios disponíveis no mercado. É tudo rápido, a consulta acontece em alguns minutos. Mas essa visão otimista do uso das tecnologias não vem animando os médicos e pacientes. Flavio Correa Próspero, presidente da Associação Brasileira de Qualidade de Vida, comenta que em todos os setores a sofisticação tecnológica reduziu custos e aumentou a satisfação do cliente, exceto na medicina. Próspero afirma que hoje as pessoas buscam muito mais médicos do que no passado, gastam pequenas fortunas com exames, estão quase sempre tomando algum remédio e, no final, descobrem que não pára de engordar a lista oficial de moléstias catalogadas – elas já somam 30.000. Para ele, além disso, a tecnologia médica parece ter promovido o distanciamento entre o terapeuta e o paciente, desumanizando a prática profissional e abalando uma relação milenar de cura. A julgar pelo novo horizonte trazido pela farmacogenômica, esse fosso deverá ampliar-se ainda mais quando as tais máquinas de prescrição se disseminarem efetivamente, “otimizando” os serviços. (PRÓSPERO, 2001)

Os resultados deste modelo canal de atendimento aos consumidores são questionáveis. O psiquiatra paulistano e doutor em psicossomática Wilhelm Kenzler afirma que cerca de 85% dos exames solicitados pelos médicos apresentam resultados negativos, e mais de 90% dos diagnósticos se resumem às siglas NDN (nada digno de nota) ou DNV (distúrbio neurovegetativo, ou *crise nervosa*). Para

outro especialista no setor, Dr. Kenzler, isso se deve a três razões: a despersonalização, a tecnificação e a mercantilização da medicina. (MORAIS, 2001)

Comunicação

Kotler designa a promoção como a responsável pelo contrato de comunicação entre o manipulador (a empresa) e o enunciatário (o público-alvo). A promoção é representada pelas figuras: propaganda, relações públicas, força de vendas e marketing direto. (KOTLER, 2002) A propaganda representa o poder para as empresas:

“A propaganda é a ferramenta mais poderosa para promover a conscientização das pessoas sobre uma empresa, um produto, um serviço ou uma idéia.” (KOTLER, 2002: 137)

Os objetivos da promoção dos bens e serviços deveriam ser nobres, pois trata-se de um importante conjunto de ferramentas para comunicar aos indivíduos a utilidade, as competências técnicas e formas de uso dos produtos e serviços, além das condições de comercialização. O avanço tecnológico dos meios de comunicação pode colaborar cada vez mais para que a propaganda e a publicidade cheguem aos indivíduos facilitando o processo de escolha deste ou daquele produto/serviço. No Brasil, por exemplo, mais de 90% das residências possuem televisão, e o brasileiro passa, em média, cinco horas diárias diante da TV. A internet ainda é produto de elite, mas já atinge aproximadamente 17% da população. Enfim, com o sistema de comunicação em rede e de alcance planetário, as possibilidades de munir as pessoas com informação se tornaram imensas.

Porém o rumo tomado pela publicidade e propaganda distorce seus objetivos iniciais e ao invés de comunicar os atributos dos bens e serviços, formula seu discurso de

sedução na construção de estilos de vida acessíveis a apenas uma pequena parcela da sociedade. A publicidade invade não só os espaços públicos com mensagens não solicitadas, como inunda os nossos e-mails e telefones particulares, com pouquíssima informação sobre o valor e utilidade real dos produtos ou serviços, sobre os impactos ambientais ou desperdícios envolvidos, através de empresas terceirizadas que inclusive pouco sabem sob o produto. Tornamo-nos literalmente o “público-alvo”. Com uma população desinformada, não há possibilidade de uma avaliação crítica dos produtos e serviços oferecidos, dos preços praticados, do desperdício crescente. Sem saber como o produto ou o serviço foi projetado, produzido, como deve ser usado e eventualmente descartado, não há consumo responsável.

Os indicadores sociais confirmam o abismo entre o que é produzido e as necessidades básicas da sociedade. Dados da Human Development Report 1998 revelam que para permitir o acesso universal de serviços sociais básicos para todos os países em desenvolvimento seriam necessários os seguintes gastos: 6 bilhões de dólares em educação básica, 9 bilhões de dólares no tratamento de água, 12 bilhões de dólares na saúde da mulher, 13 bilhões de dólares em saúde básica e nutrição. No lugar de investirmos nestas áreas em 1997 foram gastos: 8 bilhões de dólares em cosméticos só nos Estados Unidos, 11 bilhões de dólares em sorvete na Europa, 12 bilhões de dólares em perfumes na Europa e nos Estados Unidos, 17 bilhões de dólares em comidas para animais domésticos só nos Estados Unidos, 35 bilhões de dólares em entretenimento para executivos no Japão, 50 bilhões de dólares em cigarros e 105 bilhões de dólares em bebidas alcoólicas na Europa, 400 bilhões de dólares no narcotráfico mundial e 780 bilhões de dólares em armamento militar em todo o globo. (PNUD: 1998, p. 37)

Não se trata de atribuirmos este *apartheid* social à dinâmica do consumo fomentada pelos mecanismos de publicidade e propaganda, mas sim de destacar que o papel que estas exercem no estímulo ao consumo é significativo. O livro de Juliet Schor, Born to Buy (Nascidos para fazer compras) traz dados estarrecedores sobre a manipulação de crianças. O documentário The Corporation mostra a diretora de uma das maiores agências de publicidade do mundo afirmando tranquilamente que é preciso capturar as crianças "para ter os adultos amanhã". A situação se torna opressiva, com grandes avenidas onde em vez de casas e árvores vemos apenas um corredor de *outdoors.*

É difícil escapar. O controle mundial está se tornando cerrado. A conservadora revista The Economist (19-03-05) analisa a concentração no mercado da publicidade, onde "a maior parte da indústria a se concentrou em quadro grandes grupos holding: Omnicom e Interpublic americana, a WPP de base britânica e a Publicis. Depois de engolir centenas de empresas menores de publicidade, Omnicom tem cerca de 1500 subsidiárias". O peso norte-americano é esmagador: "As empresas americanas respondem pela metade do trilhão de dólares que se gastam globalmente em marketing" Business Week (2000). São empresas gigantescas que não se preocupam muito com a opinião da população de países distantes.

O efeito é duplo. Por um lado, com a inundação publicitária, cresce a ineficiência, e a revista constata esta "horrível verdade, que do 1 trilhão de gastos em anúncios e marketing, em alguns casos, pode ser muito mais da metade do orçamento do cliente que vai pelo ralo". Mais importante, com o subtítulo de "Bombardeados", o Economist comenta que "as pessoas estão cansando de anúncios sob todas as suas formas. Um recente estudo de Yankelovitch Partners, uma consultora americana de

serviços de marketing diz que a resistência dos consumidores à crescente intrusão do marketing e dos anúncios atingiu um ponto extremo. Este estudo constatou que 65% das pessoas agora se sentem constantemente bombardeadas por mensagens publicitárias, e que 59% acham que os anúncios têm muito pouca relevância para elas. Quase 70% disseram que estariam interessadas em produtos ou serviços que os ajudassem a evitar a agressão publicitária". (Special Report, 2004: 71). Na ausência de qualquer capacidade efetiva de autoregulação, claramente evoluiremos para uma Lei de Assédio Comercial.

O *bottom line* do assunto é que com tantos gastos financeiros – que saem dos nossos bolsos pois a conta publicitária é incluída nos preços – com a poluição visual e sonora, consumo do tempo dos indivíduos, interrupção de programas etc., continuamos profundamente desinformados sobre os produtos. A realidade não precisa ser assim. O marketing poderia ser menos orientado por esperteza, e mais por inteligência: informar de maneira inteligente o cliente, em vez de inventar habilidades psicológicas e novas formas de manipulação, terá sem dúvida mais futuro, ainda que exija uma profunda mudança cultural da área.

A concentração das empresas de marketing e o desgarramento da realidade é diretamente ligada às grandes corporações que comandam as contas publicitárias. Quando vemos as gigantescas somas gastas pelas corporações da telefonia, sabendo que cada *outdoor* é pago na conta que recebemos em casa, as pessoas tendam a ficar irritadas. A conta publicitária do banco HSBC é de 600 milhões de dólares: os salários de cerca de 600 pessoas que gerem esta conta estão nas nossas tarifas e juros bancários (The Economist, 2005).

A bobagem das "imagens" em geral importadas, tentando gerar aspirações artificiais de identidade emprestas, tende a se esgotar. O apelo sexual das propagandas de

cerveja, os *cawboys* durões da Marlboro, os carros que na publicidade deslizam em poéticas estradas campestres, quando na realidade acabamos parados na Marginal Tietê olhando para outro tipo de paisagem, tudo isto, cansa. A mercadoria fica em segundo plano, o valor da marca é referendado pelo poder de interferência pesada no comportamento de consumo dos indivíduos. A mercadoria é a felicidade, o sucesso, o amor, a superioridade que ganha vida com toda a encenação que os meios tecnológicos permitem. E que nossa vida não é isto, todos sabemos.

No setor de saúde o processo de comunicação entre planos de saúde, médicos, laboratórios, hospitais, indústria farmacêutica etc., e a sociedade permeia a mesma lógica. Planos de saúde suplementares, por exemplo, comunicam-se com seus usuários por meio de informações que seduzem os indivíduos a consumir seus produtos. Não há preocupação neste caso em informar o indivíduo sobre seus direitos a associar-se a determinado plano. A linguagem de comunicação é ancorada na manipulação da esfera cultural do público-alvo. Outdoors com famílias felizes e executivos de sucesso são temas freqüentes nas campanhas publicitárias. Novamente os discursos da felicidade, do amor, da segurança fazem parte do cardápio dos publicitários.

Hospitais com o discurso da profissionalizacão do setor preparam seus catálogos como cardápios de hotéis e restaurantes. A proposta é levar ao consumidor a idéia de momentos agradáveis e únicos tal qual uma viagem de lazer inesquecível. Para confirmar basta verificarmos os materiais promocionais de maternidade como Pro Matre Paulista, Santa Cataria, Nove de julho, etc. O catalogo da Pro Matre Paulista, por exemplo, descreve o Apartamento Standart, Luxo, Suíte e Suíte Máster. A Suíte Master como diz no catálogo “Ao lado de uma arquitetura arrojada, a Pro Matre Paulista ainda mantém algumas alas e apartamentos que conservam o romantismo

e s sobriedade do passado...” Informações sobre risco de infecção hospitalar, preços, bem como, outras dicas úteis não fazem parte do cardápio.

No setor de medicamentos o sistema de comunicação com a sociedade também não é diferente. Sob a égide da economia de mercado, a informação disponível sobre os medicamentos, destinada ou não aos prescritores, é produzida e disseminada, em grande medida, pelos próprios fabricantes. Confirmando a importância que é outorgada à publicidade, é suficiente recordar que os produtores gastam nessa atividade entre 15% e 25% do seu faturamento global. Visando objetivos mais comerciais que sanitários, é patente o caráter tendencioso desse tipo de informação, com todas as conseqüências daí advindas (Barros, 1995, 1996).

No que diz respeito aos anúncios inseridos nas revistas médicas, há estudos que evidenciam a existência de uma relação direta entre os medicamentos mais anunciados e a freqüência de sua prescrição (Krupka. Vener, 1985). Outros estudos têm se dirigido à análise dos diferentes aspectos da publicidade inserida em revistas médicas (Avorn. Hartley, 1982; Schut, 1982, *apud* Arnau, 1983; Hevia et al., 1990; Tomson & Weerasuriya, 1990; Wilkes et al., 1992; Herxheimer et al., 1993; Valpuesta et al., 1993). No que se refere à importância do papel desempenhado pelos propagandistas, os dados existentes são suficientemente elucidativos. Sabe-se, por exemplo, que sobre esse tipo de profissional recai a maior proporção - mais da metade - dos gastos com publicidade feitos pelas empresas (Mackowiak & Gagnon, 1985; Anônimo, 1991).

Trata-se, então, de redirecionarmos o papel da propaganda e da publicidade para prestarem serviços à sociedade, ou seja, como instrumentos que materializam nosso direito à informação, no caso informando sobre os atributos e condições de comercialização dos bens e serviços, ao invés de uma manipulação de valores,

crenças e mitos. As tecnologias e a criatividade dos especialistas do setor podem e devem contribuir na construção das peças de campanhas, mas o que não se deve perder como foco é que o principal objetivo da publicidade e da propaganda é informar o cidadão sobre os benefícios dos produtos.

Na realidade, a publicidade precisa de uma atividade equilibradora, de um contrapeso. Hoje só ouvimos o lado do produtor, falando maravilhas do seu produto. Nada melhor do que uma pequena taxa, de 3% por exemplo, sobre a conta publicitária das empresas, que serviria para financiar organizações da sociedade civil especializadas em pesquisar a utilidade real dos produtos, e em informar o cidadão. As empresas ainda ficariam com 97% do poder de fogo, o que francamente não deveria representar um desequilíbrio dramático. Mas se veriam forçadas a checar melhor a validade do que anunciam, e passaria a ser respeitada uma lei básica da informação: ter uma segunda opinião, e neste caso, ouvir o outro lado, o consumidor.

Concluindo nossas reflexões sobre a prática do marketing no setor da saúde seguem algumas considerações.

O trato mercadológico da saúde transfere as atividades de prevenção para um sistema de gestão de doenças. O deslocamento das atividades do médico que antes diagnosticava por uma série de exames complementares – laboratório clínico, radiologia e exames cardíacos, entre outros – e, após a confirmação do diagnóstico, prescrevia o tratamento, centra-se agora na gestão customizada da doença, mediante um valor monetário periódico pago pelo usuário, como é o caso do sistema dos planos de saúdes suplementares. Famílias despendem valores proibitivos de sua renda com planos de saúdes suplementares que prometem eficiência no tratamento das doenças, e claro, felicidade, liberdade, unicidade, tudo menos

prevenção à saúde.

Um exemplo de como o marketing pode contribuir para um sistema mercadológico mais orientado para os interesses coletivos da saúde das pessoas encontra-se no quadro a seguir, que demonstra como o Canadá avalia suas técnicas de rastreamento de câncer cervical (CALIL 2001, p. 117.).

Quadro 1 – Avaliação canadense das técnicas de rastreamento de câncer cervical

Objetivos	- Avaliar a efetividade do teste de Papanicolau - Identificar diferentes estratégias para melhorar o teste de Papanicolau - Calcular a relação custo–efetividade dos equipamentos de *re-screening* - Identificar tecnologias emergentes
resultados	Cada caso anormal encontrado com a técnica de 10% de *re-screening* custa em torno de $ 250,00. Utilizando o equipamento Auto Pap, o custo chega a $ 400,00. Com o equipamento PAPNET, cada caso anormal encontrado a mais passa a custar $ 810,00. PAPNET é mais efetivo do que Auto Pap (sensitivamente de 83% vs. 80%), mas apresenta um custo bem maior. As técnicas de *re-screenig* automático são mais eficazes, porém têm um custo maior que as técnicas manuais. O custo por caso encontrado pela técnica AutoPap parece ser razoável, não sendo recomendável a utilização da técnica PAPNET por apresentar um custo bem superior para um pequeno incremento da efetividade.
conclusão	O estudo conclui que não basta aumentar a sensibilidade do exame com novas tecnologias, pois estas técnicas não irão afetar a detecção do câncer do colo uterino nas mulheres que raramente fazem o exame ou que nunca o fizeram antes. A ênfase deve ser dada no recrutamento das mulheres de risco, evitando uma superutilização do exame por aquelas mulheres que o fazem regularmente. Recomenda-se que os investimentos em novas tecnologias de *re-sreening* não afetem a estrutura básica de programas de prevenção, ou seja, recrutamento das mulheres que realmente precisam do exame, sistema de informação, treinamento e controle de qualidade do programa e dos exames.

Fonte: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA Report, 1997, p. 2E).

Do ponto de vista econômico a desigualdade dos gastos entre quem possui mais e renda e os menos favorecidos é alarmante. No Brasil, 22% da população possui

algum tipo de plano de saúde suplementar. Os gastos com o setor atingem aproximadamente R$ 23 bilhões por ano. Observe-se que o SUS (Sistema Único de Saúde) despende em torno de R$ 67 bilhões na saúde de 140 milhões de brasileiros, enquanto o setor privado gasta R$ 23 bilhões com 40 milhões de pessoas. E para aprofundar ainda mais a injustiça, os gastos do SUS, cuja receita provém de impostos federais, estaduais e municipais não-progressivos, financiam 60% das cirurgias de alta complexidade e 90% dos transplantes e dos tratamentos de hemodiálise, inclusive para quem possui planos suplementares; além disso, entre os indivíduos que possuem planos suplementares.

Desenvolver estratégias de marketing para a saúde exige reordenar os objetivos tradicionais de marketing. É importante ter claro que o negócio do setor da saúde (médicos, hospitais, indústria farmacêutica, planos de saúde, etc.) é promover a saúde e não as doenças. Isto é, não dá para separar o setor em dois planos, preventivo e curativo, do contrário as ações de marketing ocorrerão de maneira dicotômica com resultados para saúde dos indivíduos duvidosos no que se refere a qualidade de vida das pessoas. Como a saúde está relacionada a um conjunto de fatores que formam a sociedade, alimentação, saneamento básico, trabalho, lazer, atividades físicas, informação etc., um sistema de prevenção que melhore a qualidade de vida das pessoas demanda um olhar sistêmico pelos atores que atuam no setor da saúde. Da mesma maneira que um médico deve observar o seu paciente como um todo para um melhor diagnóstico de sua patologia, os empreendedores do setor também necessitam desta mesma lógica de gestão no seu negócio para garantirmos o tratamento da saúde. A questão desafiante é que desta maneira estamos falando no limite em consumir menos medicamentos, menos leitos hospitalares, menos procedimentos médicos, etc. Trata-se então de

desenvolvermos outros mecanismos de remuneração para o setor que coloquem a saúde dos indivíduos em primeiro plano.

É importante destacar que embora o conjunto dos atores envolvidos com a saúde esteja contaminado por este modelo que coloca a saúde num plano secundário, a principal crítica que fazemos não se concentra nas ações dos médicos e profissionais da área, mas sim nas naqueles que estabelecem a lógica do funcionamento deste sistema. Por que prevenir doenças, se elas garantem a produtividade dos exames complementares de laboratório, radiologia, ressonância magnética e a máxima utilização dos leitos hospitalares? Aplicam-se técnicas modernas da administração como, por exemplo, *Just-in-time*, *Kambam* – o cliente é o “rei”; a lógica de consumo é a mesma de outros setores: temos que atender nosso cliente para garantir sua satisfação e sua fidelidade. Ora, parece haver aí um equívoco; não se pode tomar a área de saúde como um setor que se dedica a satisfazer necessidades do consumidor, muito menos a garantir sua fidelidade.

Bibliografia

BARROS, José Augusto C.. *A (des)informação sobre medicamentos: o duplo padrão de conduta das empresas farmacêuticas.* Cad. Saúde Pública., Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 Ago 2006. doi: 10.1590/S0102-311X2000000200012.

FURTADO, Tosi André, SOUZA, Henrique José. *Evolução do setor de insumos e equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos no Brasil: a década de 90.* Em GIOVANI, Geraldo di, NEGRI, Barjas (orgs.). Brasil: radiografia da saúde. Campinas: UNICAMP, 2001.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; QUENTAL, Cristiane; FIALHO, Beatriz de Castro. *Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde.* Cad. Saúde Pública., Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 Ago 2006. doi: 10.1590/S0102-311X2003000100006.

GORZ, André. *O imaterial: Conhecimento, valor e capital*. São Paulo: Anna Blume, 2005.

KOTLER, Philip. *Marketing para o século XXI*. São Paulo: Futura, 2002.

KOTLER, Philip, SIMON, Françoise. *A construção de biomarcas globais*. São Paulo: Bookman, 2004.

PNUD - Human Development Report 1998. *The world's priorities? (annual expenditure)* New York: Oxford University Press, 1998.

QUEIROZ, Sérgio, VELAZQUEZ, Gonzales Alexis*. Mudanças recentes na estrutura produtiva da indústria farmacêutica.* . Em GIOVANI, Geraldo di, NEGRI, Barjas (orgs.). Brasil: radiografia da saúde. Campinas: UNICAMP, 2001.

SAID, Calil. *Análise do setor de saúde no Brasil na área de equipamentos*. Em GIOVANI, Geraldo di, NEGRI, Barjas (orgs.). Brasil: radiografia da saúde. Campinas: UNICAMP, 2001.

SEMPRINI, Andrea. *El marketing de la marca*. Barcelona: Paidós, 1995.

VASCONCELLOS, Gilberto. *O apartheid da saúde*. São Paulo: Rev. Caros Amigos, Edição 23, 2000.

23 - Dificuldades operacionais nos hospitais: inadequação dos processos de negócio com o software de gestão.

Flávio Morgado – Matemático, Mestre em Administração, pela PUC-SP, Doutorando em Comunicação e Semiótica, pela PUC-SP, Professor da Fundação Santo André e do MBA em Economia e Gestão das Organizações da Saúde da PUC/SP.

1. Introdução

Uma questão importante para os hospitais é a adequação dos seus processos, base da eficiência operacional e da eficaz implementação da estratégia. “Os processos empresariais são atividades coordenadas que envolvem pessoas, procedimentos e tecnologia” (Gonçalves, 2000). Sua definição contém as tarefas a serem executadas, a definição do pessoal operacional, a distribuição do trabalho entre eles, a tecnologia utilizada, os indicadores de eficiência e os resultados esperados.

Os processos devem ser apoiados por sistemas de gestão altamente integrados e aderentes a estes. Em estudo realizado com as 500 maiores empresas brasileiras, Saccol et al. (2004) confirma o impacto dos sistemas ERP (*Enterprise Resource Planning)* nas variáveis estratégicas dessas empresas.

No contexto atual dos hospitais, de necessidade de incorporação de novas tecnologias, da dificuldade do relacionamento com a cadeia de fornecimento, dos altos custos dos serviços prestados, de maior regulação, de clientes mais exigentes e do aumento da competição, torna-se fundamental não apenas uma boa estratégia, mas uma execução eficiente, ou seja, fazer bem feito, fazer certo da primeira vez, e todas as práticas relativas à qualidade, custos baixos, etc. A certificação dessa qualidade pode ser obtida por meio do Sistema Brasileiro de Acreditação, contando atualmente com 66 hospitais acreditados, representando

aproximadamente 12.000 leitos do parque hospitalar nacional. Desde 2000 foram avaliados 149 hospitais e concedidos 125 certificados (ONA, 2006).

Uma evidência da importância da gestão, diante da questão do simples aumento da infra-estrutura, é o problema das filas no sistema público de saúde. Segundo Vasconcelos (2006), “o tempo médio de espera na fila é de 4,5 dias para qualquer tipo de internação – muito elevado para qualquer situação e praticamente fatal para uma emergência”. Porém, em regiões em que as Centrais de Regulação são implantadas com sucesso, ocorre a diminuição do tempo de espera dos usuários do SUS. “Formadas por atendentes, médicos e enfermeiros, a equipe técnica das centrais recebe, por telefone, fax ou rádio, pedidos de socorro da população”. O médico avalia o risco e, se for o caso, encaminha o paciente para um hospital em condições de atender, com leito disponível e os equipamentos necessários. Na cidade de São Paulo a central só tinha no sistema os dados do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da USP. Hoje, integra os três hospitais gerais da cidade, a maternidade e hospital de saúde mental (Vasconcelos, 2006).

A questão da definição dos processos continua relevante. Uma das perspectivas do Balanced ScoreCard (Kaplan e Norton, 2000) é a dos processos internos, que é chave para a estratégia, a medida que menores custos podem ser revertido em menores preços para os clientes, diminuição de erros e menores tempos de ciclo aumentam a satisfação dos clientes, causando efeitos positivos também na perspectiva financeira. Para Hammer (2001:87), a mentalidade de processos baseia-se na crença que o sucesso dos negócios é o produto de formas de trabalho bem planejadas, não se podendo confundir a idéia de reengenharia ou de redesenho de processos com a de *downsizing*, que, na

tentativa de diminuir a quantidade de níveis hierárquicos das empresas, deixaram-nas, muitas vezes, sem as pessoas necessárias para fazer frente à crescente competitividade.

O objeto de análise desse trabalho é a relação entre os processos organizacionais e os sistemas de gestão de hospitais, um setor fundamental, com 7543 empresas, responsáveis pela manutenção de 499.656 leitos (FBH, 2006).

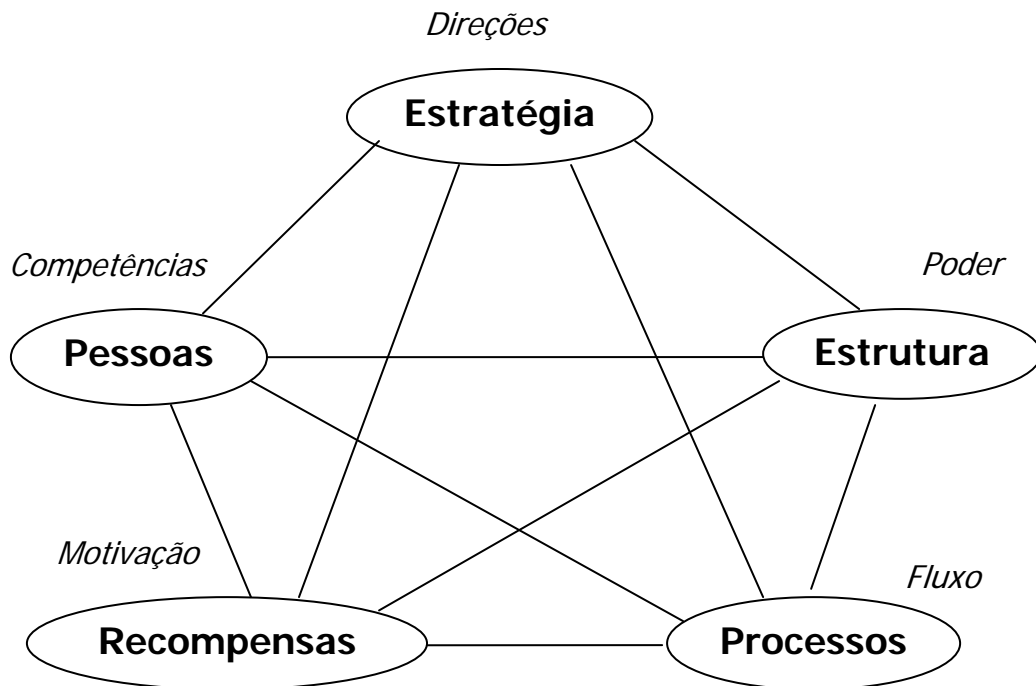
2. Processos Empresariais

O principal motivo das transformações organizacionais, nas duas últimas décadas, foi para lidar com a incerteza causada pela velocidade das mudanças no ambiente econômico, institucional e tecnológico. Essas mudanças, para resolver problemas ou melhorar a empresa, do ponto de vista operacional, podem ser, segundo Morgado (2002):

a) Na estrutura organizacional, centralizando ou descentralizando, flexibilizando ou hierarquizando as relações entre os componentes da empresa;
b) Nos processos, buscando novas formas de fazer as coisas, de maneira mais eficaz e eficiente;
c) Nos sistemas informatizados de gestão, desenvolvidos ou adaptados para se ajustarem a um processo definido, ou como agente de intervenção e redefinição de processos;
d) Nos comportamentos e atitudes das pessoas.

O desenho de uma organização é uma combinação de variáveis, altamente relacionadas, conforme mostra a figura 1 (Galbraith, 2002). Interessa-nos, nesse

estudo, principalmente os processos e a estrutura, que são variáveis referentes ao funcionamento das organizações.

Figura 1 – Desenho organizacional (Galbraith, 2002)

Para Gonçalves (2000:7), um processo é qualquer atividade ou conjunto de atividades que toma um *input*, adiciona valor a ele e fornece um *output* a um cliente específico. A idéia de processo como um fluxo, com entradas e saídas bem definidas, com tarefas seguindo uma seqüência, com dependências claras, vem da engenharia, vindo daí a idéia de reengenharia. Por esta visão, os processos podem ser aperfeiçoados e os desperdícios eliminados. Para Hammer (2001:76), "processo é aquilo que cria os resultados que a empresa fornece aos clientes".

A padronização é fundamental para a gestão de processos, atividades ou tarefas, pois estabelece claramente a responsabilidade e autoridade e estabiliza os processos. Também é a base para a melhoria contínua e, portanto, para o aumento

da produtividade, garantia da qualidade e para o acúmulo do conhecimento tecnológico da empresa (Tachizawa e Scaico, 1997:95). "O desenho do processo prescreve como o trabalho de cada uma das unidades deve confluir para um ponto comum, a fim de atingir o objetivo mais amplo. Ele especifica exatamente como o trabalho será executado, em que seqüência, em que localidade e por quem. O desenho do processo é requisito para repetição" (Hammer, 2001:78).

Uma tendência de gestão é o chamado "*Managed Care*" (atendimento gerenciado), que é, segundo Pereira (2002), uma proposta "de gerenciamento da assistência médica com o fim de conter custos, controlar e padronizar os serviços". A padronização é feita por meio de protocolos de procedimentos médicos. A formação do preço de venda do "pacote" é feita em função da previsão da demanda de procedimentos. Esse conceito é semelhante ao ABC (Custeio baseado em Atividade), "cujo princípio é tornar direto o maior número possível de custos indiretos através de direcionadores de custos" (Pereira, 2000). Qualquer sistema baseado em atividades ou protocolos necessita da coleta precisa de informações para atividade e do conhecimento profundo dos processos que contém essas atividades.

3. Sistemas ERP para gestão hospitalar

Um dos principais investimentos em Tecnologia da Informação é no desenvolvimento, ou aquisição, e na implantação de um ERP (*Enterprise Resource Planning)*, que é um software que permite a gestão integrada das empresas – clientes, produção, logística e finanças – com forte enfoque contábil, envolvendo também os fornecedores e distribuidores, por meio do conceito de

cadeia de suprimento. Uma das premissas dessa classe de *software* é o tratamento completo de uma transação.

Um dos argumentos de venda utilizado pelas empresas fornecedoras de sistemas integrados de gestão é que eles incorporam as melhores práticas de negócio do mundo, sendo mais vantajoso segui-las do que tentar adaptar o sistema às regras já existentes na empresa. Essas práticas representam conhecimento sobre administração, e, portanto, inteligência corporativa adquirida. Segre & Bastos (2000:80) identificam certa expropriação do conhecimento das gerências, por sua incorporação aos sistemas. Segundo Gamboa, Caputo e Bresciani Filho (2004), "é na etapa de implementação que o sistema ERP é moldado para atender às necessidades da organização".

Para avaliação do sistema atual e de propostas de fornecedores, pode-se utilizar uma tabela contendo os principais quesitos, com os respectivos pesos e a nota para cada quesito. A nota final serve para comparar as diversas alternativas. A tabela 1 mostra uma sugestão de quesitos e ponderações, que pode e deve ser avaliado para cada organização, de acordo com suas necessidades e contingências.

Tabela 1 – Avaliação de sistemas de gestão hospitalar

Quesitos	Peso do item	Nota (0 a 10)
Facilidades	100	
Tomada de decisão	70	
Segurança	30	
Agendamento	50	
Operacional	420	
Suprimentos	100	
Marketing	50	
Financeiro	100	
Contábil	80	

TOTAL	1000	0

O apêndice 1 detalha cada um dos quesitos.

Segundo Vieira (2005), não basta investir em TI para resolver as demandas do negócio. Para ter sucesso, é preciso primeiro mudar os processos. Ficando-se somente na tecnologia corre-se o risco de automatizar a bagunça.

5. Análise dos processos

Tachizawa e Scaico (1997), propõem uma metodologia para padronização de processos composta de sete etapas:

1) Identificar os processos-chave da empresa (essenciais aos negócios), independentemente do organograma (estrutura organizacional formal da empresa);

2) Definir, para cada processo, e de forma completa, os fornecedores, insumos, tarefas, produtos e clientes. Para facilitar a visualização dos processos, pode-se desenhar um macro-fluxo, mostrando os principais componentes, suas relações e as fronteiras ente o sistema e o ambiente;

3) Elaborar a matriz de responsabilidades, mostrando as atribuições de cada pessoa / área em cada uma das atividades;

4) Definir uma estrutura de indicadores, mostrando suas características, fórmula de obtenção, freqüência e forma de interpretar os resultados, com as ações a serem adotadas pelos respectivos responsáveis;

5) Elaborar o procedimento operacional das tarefas que compõem o processo, inserido na arquitetura de documentos normativos da empresa, com os respectivos fluxogramas colunares;

6) Implantar os processos, com um programa de treinamento baseado nos procedimentos operacionais definidos;

7) Monitorar e acompanhar a operacionalização do processo, por meio de auditagem.

O mapeamento dos processos é a base para a realização de um diagnóstico dos problemas e para a recomendação de melhorias e reformulações.

Algumas variáveis terão maior ou menor influência nos processos e na estrutura organizacional:

- Porte

  O porte do hospital pode estar relacionado à complexidade de gestão, pois quanto maior o volume de transações (internações, exames, procedimentos etc) maior deve ser a complexidade do processo administrativo;

- Mix operacional

  Composto de tipos de atendimentos (urgência, especialidades etc) e tipo de cliente (particular, convênio, SUS) pode influenciar na quantidade de transações e nos valores envolvidos;

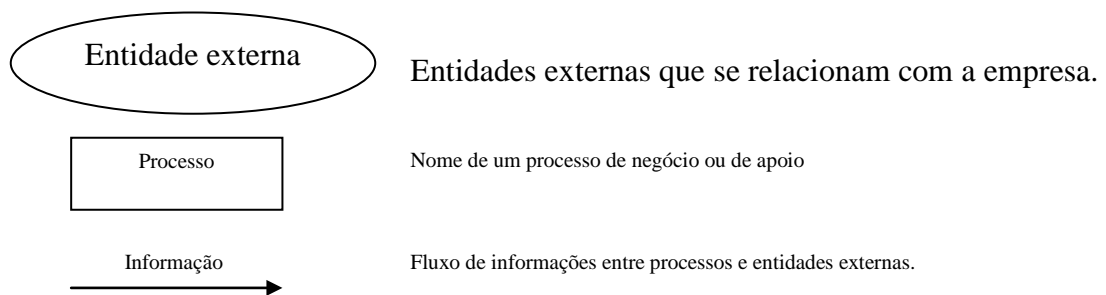
- Grupo econômico (Vários hospitais ou casas de saúde, convênio próprio, filiais etc.)

  Neste caso, algumas práticas administrativas podem ser comuns, e alguns recursos podem ser compartilhados. A consolidação de resultados do grupo, não existentes em hospitais isolados, acrescenta complexidade à gestão dos negócios. O uso de diferentes sistemas de gestão,

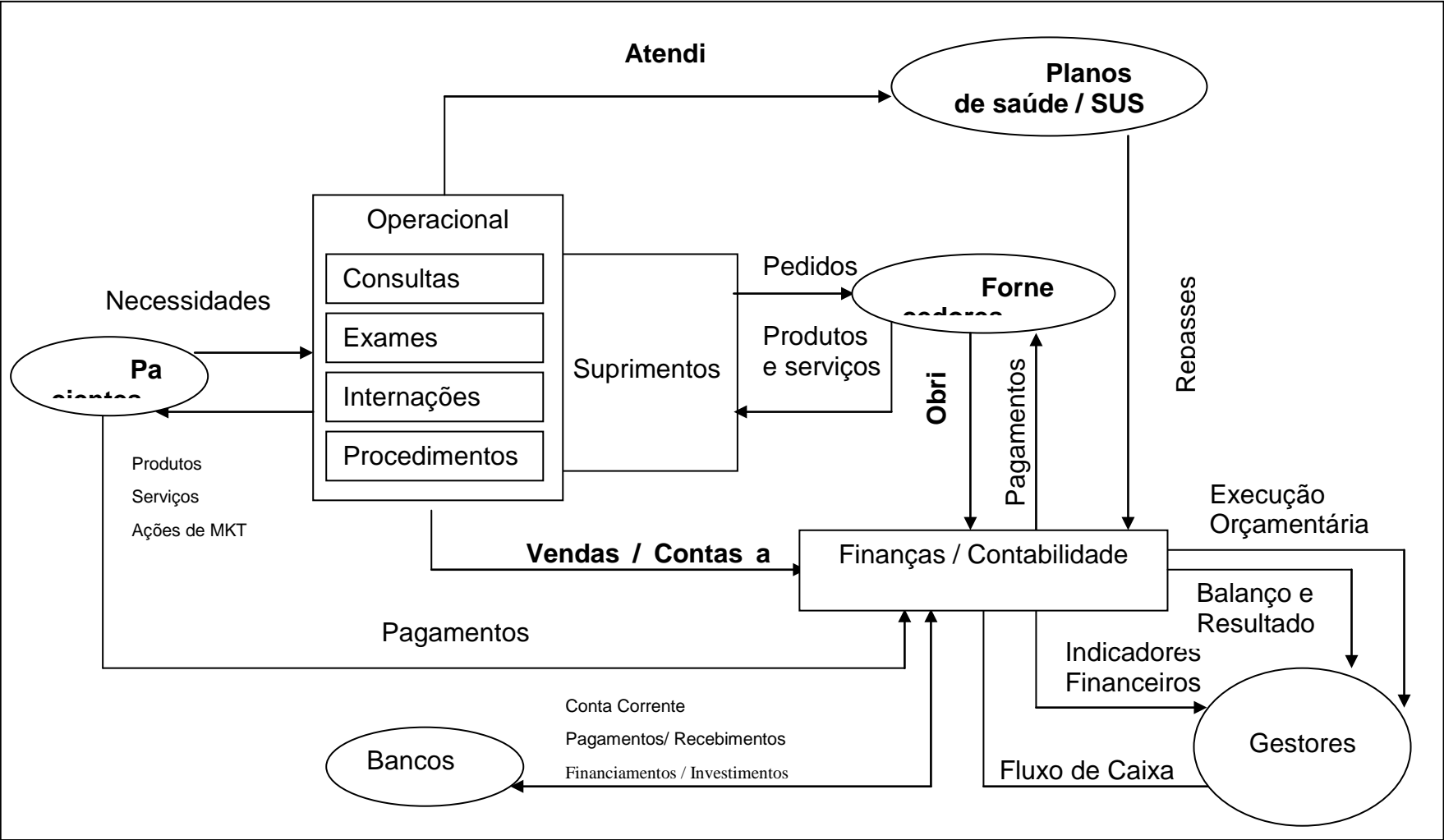
principalmente quando o grupo é resultado de aquisições de empresas, pode dificultar a gestão unificada de estoques, compras, finanças etc.

- Sistema de gestão utilizado

  Os sistemas integrados de gestão influenciam no processo em função da flexibilidade, da forma como trata as exceções ao processo ou por serem adquiridos de empresa especializada ou desenvolvidos internamente, causando diferença nos processos de suporte técnico, de treinamento operacional e de manutenção do software.

A figura 2 mostra os principais processos e as principais entidades envolvidas. A simbologia utilizada é:

Alguns processos perpassam a organização, não estando representados no fluxo:

- Gestão de pessoas;
- Gestão de conhecimento;
- Planejamento estratégico;
- Orçamento empresarial e controladoria;
- Acompanhamento da concorrência; e
- Acompanhamento da legislação pertinente ao setor etc.

Figura 2 – Visão sistêmica - Hospital

Os principais problemas nos processos organizacionais e no software de gestão, que causam dificuldades operacionais são:

5.1 Utilização parcial do software de gestão

Pode ocorrer a utilização parcial do sistema de gestão instalado, causando muitas “saídas” (desvios) para efetuar controles paralelos, porque determinado módulo do sistema não funciona, total ou parcialmente, porque não houve treinamento adequado, ou porque algum módulo não foi instalado ou disponibilizado. Os recursos utilizados nesses controles paralelos são: planilhas, tabelas, calculadoras, agendas, fichas, lembretes, carimbos, quadros brancos, lousas negras, formulários, extratos em papel etc.

5.2 Excesso de planilhas eletrônicas

Os controles paralelos, na maior parte efetuados em planilhas eletrônicas, causam dificuldades de compartilhamento das informações. Não se pode culpar as planilhas eletrônicas pela falta de disponibilidade da informação ou pela criação das ilhas de informação, que ocorrem quando os dados estão disponíveis apenas para o dono da planilha. As planilhas podem muito bem ser utilizadas como ferramentas de simulação ou visualização de informações, devido ao seu grande potencial de tratamento da informação: tabelas dinâmicas, referências cruzadas, gráficos, cenários (*what-if*) etc. O problema ocorre quando são usadas para controles operacionais, pois os resultados destes não estão disponíveis corporativamente. Para alimentar os

controles paralelos são feitas, muitas vezes, digitações de dados que já estão no sistema. Para que os dados resultantes do controle voltem para o sistema de gestão, ocorrem novas redigitações. Dados que estão fora do sistema dificultam o uso pleno dos geradores de relatórios.

5.3 Exceções não tratadas pelo sistema

Alguns sistemas não fazem o tratamento completo de exceções (cancelamentos de documentos emitidos, devoluções de materiais, fechamentos etc.), gerando a necessidade de intervenção da área de informática, por meio de programas "quebra-galho" ou por manipulação direta de bases de dados, o que pode causar atrasos no processo e desvio de função. Normalmente são necessários os estornos contábeis feitos por meio de lançamentos manuais (não automáticos).

5.4 Contabilização inadequada

Em alguns casos não se parametriza corretamente a integração contábil, causando a necessidade de reconciliações, abertura de movimentos para conferências, lançamentos manuais etc., atrasando a disponibilidade das informações para decisão. Alguns lançamentos contábeis manuais são necessários, pois existem processos que não os fazem automaticamente (rateios de despesas, transferências internas, apuração de custos etc.), ou porque os sistemas complementares (folha de pagamento, ativo fixo) não possuem a função de exportar lançamentos para os módulos contábeis. Os

sistemas de gestão não oferecem, em geral, apoio para a conciliação automática dos cheques emitidos.

5.5 Relacionamento precário com a cadeia de fornecimento e parceiros

Um dos módulos críticos dos sistemas de gestão é a integração com os processos dos parceiros e fornecedores. Quando a comunicação entre os processos não é feita eletronicamente, por meio de um EDI (*Eletronic Data Interchange*), ocorrem as redigitações de documentos que já estavam em formato digital, além do aumento da possibilidade de erros. No caso dos convênios, a falta de padronização na comunicação é um agravante nesse item, causando atrasos nas decisões e glosas desnecessárias.

5.6 Informações gerenciais incompletas ou incorretas

O gerador de relatórios normalmente não acessa todos os dados do sistema ou então não possui as funções necessárias para tratamento dos dados. A saída, nesses casos, é a emissão de relatórios padronizados e a redigitação ou exportação para planilhas eletrônicas, para que possam receber o tratamento adequado. Quando existe um banco de dados relacional, pode-se usar geradores baseados em SQL (*Structured Query Language*), embora, nem sempre existam nos hospitais pessoas habilitadas para escrever esses comandos. Os sistemas não possuem, em geral,

módulos de EIS (*Executive Information System*). Alguns têm convênios com empresas que produzem esse tipo de software e criam interfaces com eles.

Os fluxos de caixa limitam-se a mostrar saldos bancários, contas a pagar e contas a receber. Faltam dados sobre internações em andamento, pedidos de materiais etc, que põem representar valores muito significativos do fluxo.

Algumas funções sem grande complexidade são tornadas “complexas” pelos que a executam, dificultando, assim, sua automação, garantindo, muitas vezes, o emprego.

5.7 Treinamento inadequado

O treinamento no sistema informatizado de gestão é, normalmente, precário. No preço de aquisição do sistema está incluído, geralmente, um pacote de treinamento para todos os usuários. Porém, esse treinamento não é dado com uma metodologia adequada. Muitos se limitam a passar os menus, telas e campos do sistema, sem contextualização, sem prática no sistema, sem material de apoio – apenas o caderno de anotações do aluno, que acaba virando seu manual de usuário.

Após a implantação, poucas empresas contratam novamente o treinamento da fornecedora do *software*. Em virtude da rotatividade de pessoal, novas pessoas necessitam de treinamento. Esse treinamento é dado ou pela pessoa que está deixando o cargo, ou por um funcionário da própria

área, que conheça o sistema, ou pelo responsável pelo suporte de informática, ou, em muitos casos, pelo próprio usuário (autoestudo).

Às vezes, contrata-se um treinamento da fornecedora do *software*, ministrado no próprio local de trabalho. O problema é que iniciativas como esta costumam ocorrer somente em momentos de crise de utilização do sistema, quando a maioria das pessoas está usando mal os recursos do sistema ou a quantidade de problemas de suporte aumenta muito.

A falta de treinamento ou sua inadequação é um dos principais fatores de aumento no custo total de propriedade de informática (TCO – *Total Cost of Ownership*), termo criado pelo Gartner Group na década de 90, para designar o total de gastos com a informática. Nesses gastos incluem-se os custos escondidos, como o hábito de pedir ajuda ao colega, causando paradas improdutivas, em vez de chamar o suporte técnico, ler o manual ou recorrer a ajuda eletrônica. Esse tipo de custo representa 41% dos gastos com as redes corporativas (Militello, 1998).

5.8 Tecnologias obsoletas

Alguns desses sistemas foram desenvolvidos há mais de uma década, estão ainda em interfaces do tipo caractere (não Windows), e sem usar a tecnologia de bancos dados relacionais, que facilita o acesso às informações. Isto acarreta dificuldades de manutenção, de integração com a cadeia de valor (fornecedores e clientes), de utilização de ferramentas de análise de dados e do uso adequado do potencial da Internet.

A decisão de evoluir o sistema de gestão não é tão simples, pois envolve investimentos na modernização das estações de trabalho, na infra-estrutura de redes e servidores, na própria aquisição ou atualização de *software* de gestão e, possivelmente, na aquisição de um gerenciador de banco dados, que, na maioria dos casos é vendido separadamente. Os investimentos não se limitam à tecnologia, incluindo também o treinamento de usuários, a definição de parâmetros do sistema de gestão e a conversão dos dados do sistema atual para o novo.

Em alguns casos, são necessárias, também, mudanças culturais, para romper com padrões de atendimento que não privilegiam o cliente, para diminuir a desconfiança em relação ao trabalho dos outros, para destruir os "feudos" gerados pela estrutura departamentalizada, e para eliminar o hábito de não fazer certo na primeira vez, deixando para depois ou para outros o acerto do problema.

5.9 Inadequação ou inexistência dos manuais de organização

Um agravante para a execução dos processos é a falta ou inadequação dos manuais de organização contendo a lógica dos processos, as políticas utilizadas e a forma correta de uso do sistema informatizado de gestão.

Em muitos casos os manuais não são acessíveis pelos funcionários, ou seja, não estão nas ajudas (*helps*) dos sistemas, não fazem parte da intranet, quando existe uma, e não estão sequer impressos. Outro problema é a falta

de atualização de alguns manuais, que caem no descrédito, por mencionarem procedimentos que há muito não são usados.

6. Considerações finais e recomendações

Os sistemas informatizados de gestão são responsáveis pela automação de tarefas e deveriam contribuir para a maior produtividade e flexibilidade dos processos. No entanto, são sub-utilizados, gerando controles paralelos, que prejudicam o fluxo de informações para a análise de desempenho e para a tomada de decisão.

As deficiências nos sistemas informatizados e os processos mal definidos fazem com que grande parte do trabalho administrativo seja formada de controles, conferências, redigitações, conciliações, tratamentos de erros e retrabalhos. Essas deficiências são agravadas pelo treinamento insuficiente ou inadequado, e da não utilização de manuais de organização.

Seguem algumas recomendações para a adequação dos processos e sua aderência com o software de gestão:

- Mapear os processos atuais e questioná-los, redesenhando-os da maneira mais racional possível, apenas com as necessidades reais dos negócios;
- Investir mais tempo e esforço na parametrização dos sistemas ERP, avaliando muito bem as regras do negócio, antes de implantá-las;

- Treinar os usuários do sistema ERP nos processos (guia de usuário), em vez do manual de referência de telas, melhorando, nos funcionários, o conhecimento global do sistema e do negócio;
- Solicitar da fornecedora de software novas funcionalidades quando forem realmente importantes, de modo a evitar controles paralelos;
- Estabelecer ponto de contato único com a fornecedora do software, de preferência alguém que goste do negócio, não só de informática;
- Refletir sobre as exceções e descobrir formas de realizá-las no sistema, sem planilhas e outros desvios;

Referências

FBH – Federação Brasileira de Hospitais. Estatísticas. Disponível em http://fbh.com.br, acesso em 13/10/2006.

GAMBOA, Fernando Alexandre Rodrigues; CAPUTO, Márcio Saez; BRESCIANI FILHO, Ettore. Métodos para gestão de riscos em implementações de sistemas ERP baseado em fatores críticos de sucesso. *Revista de Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação*. Vol. 1, nº 1, 2004, pp. 46-63.

GALBRAITH, Jay R. *Designing organizations*. An executive guide on strategy, structure and process. New and revised ed., San Francisco-CA: Jossey-Bass, 2002.

GONÇALVES, José Ernesto Lima. As empresas são grandes coleções de processos. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, Jan./Mar., 2000. p. 6-19.

HAMMER, Michael. *Agenda*: *o que as empresas devem fazer para dominar esta década*. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

KAPLAN, Robert S., NORTON, David P. Balanced Scorecard – Indicadores que impulsionam o desempenho. In: *Harvard Business Review*. Medindo o desempenho empresarial. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

MILITELLO, Katia. Para onde foi o dinheiro? *Exame*, São Paulo, Dez., 1998. p. 112.

MORGADO, Flávio. *O impacto dos processos de negócios no trabalho administrativo*. Um estudo em concessionárias de veículos no Brasil. Dissertação de Mestrado em Administração. PUC-SP, 2002.

ONA – Organização Nacional de Acreditação. *Sistema Brasileiro de Acreditação atinge a marca de 12.000 leitos*. Disponível em http://www.ona.org.br/, acesso em 13/10/2006.

PEREIRA, Ana Cristina. "Managed Care" e a Relevância da Contabilidade de Custos. In: O Mundo da Saúde. São Paulo, ano 26, v. 26, n. 2 abr./jun., 2002.

SACCOL, Amarolinda Zanela et al. Avaliação do Impacto dos Sistemas ERP sobre Variáveis Estratégicas de Grandes Empresas no Brasil. RAC, v.8, n.1, Jan./Mar. 2004. p. 09-34.

SEGRE, Lídia Micaela, BASTOS, Roberto Moura. Modernização produtiva nos supermercados: a adoção de tecnologias de informação e comunicação. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, Out./Dez., 2000. p. 72-83.

TACHIZAWA, Takeshy; SCAICO, Oswaldo. *Organização Flexível*. Qualidade na gestão por processos. São Paulo: Atlas, 1997.

VASCONCELOS, Lia. Tempo Real. In: Desafios do desenvolvimento. São Paulo: IPEA, abril, 2006.

VIEIRA, Eduardo. Tecnologia em segundo plano? In: Info Corporate. São Paulo: Abril, junho, 2005.

Apêndice 1 – Avaliação de sistemas de gestão hospitalar

Grupo	Item	Peso do item	Nota (0 a 10)
Facilidades		**100**	
	Interface gráfica	30	
	Operações pela Web	30	
	Help on-line / treinamento por e-learning	20	
	Controle dos chamados de suporte (Help desk)	20	
Tomada de decisão		**70**	
	Relatórios gerenciais e estatísticos pré-definidos, por unidade, especialidade, profissional, paciente, item de despesa etc.	20	
	Criação de novos indicadores	10	
	Existência de alertas (semáforos)	10	
	Possibilidade de "mergulho" (analítico), até o nível do lançamento.	10	
	Geração de gráficos	10	
	Resultados em valores e quantidades	10	
Segurança		**30**	
	Senha para cada item de menu	10	
	Bloqueio de alterações, exclusões e inclusões em campos, arquivos, módulos, filiais ou empresas.	10	
	Log de usuários / funções	10	
Agendamento		**50**	
	Feito pelo usuário, na internet	10	
	Busca por unidade de saúde, especialidade ou profissional	20	
	Distribuição da demanda (leitos, equipamentos)	10	
	Controle de comparecimento	10	
Operacional		**410**	
	Cadastro de CEPs (endereços)	10	
	Utilização de computação móvel	50	
	Agenda e lembretes para execução de rotinas (*workflow*)	40	
	Importação de tabelas de convênios e SUS	10	

	Utilização de protocolos	20	
	Prontuário eletrônico	50	
	Emissão de guias	10	
	Controle de carência e limites de atendimento	10	

Grupo	**Item**	**Peso do item**	**Nota (0 a 10)**
	Geração de débitos automáticos para os pacientes, em função de contrato	10	
	Parâmetros para resultados de exames	10	
	Interface com outros softwares (diagnóstico, exames etc.	20	
	Controle de procedimentos X medicamentos prescritos (gestão de conhecimento	30	
	Requisições automáticas (perfil de consumo)	10	
	Controle de ocupação de leitos	20	
	Controles específicos das diversas áreas (Pronto atendimento, Ambulatório, Laboratório, Berçário, Centro cirúrgico etc.)	40	
	Controle de glosas	20	
	Controle de serviços autorizados para cada prestador	20	
	Emissão de relatórios oficiais	30	
Suprimentos		**140**	
	Controle de vários estoques (farmácias)	20	
	Controle da reposição do estoque	20	
	EDI (*Eletronic Data Interchange*) com fornecedores	10	
	Gestão de pedidos de compra	10	
	Controle de baixa por médico e paciente	10	
	Controle de nutrição e dieta	10	
	Inventário rotativo	10	
	Conversão de unidades de medida (de compra e de consumo)	10	
	Avaliação de fornecedores	10	
	Controle de rentabilidade de venda	10	
	Rastreabilidade (lote / validade)	20	
Marketing		**40**	
	Avaliação de satisfação dos clientes	10	

	Gestão do relacionamento com clientes	20	
	Gestão de campanhas	10	
	Sugestão dos clientes		
Financeiro		**80**	
	Geração de borderôs eletrônicos de pagamentos.	10	
	Orçamento matricial (controle por departamento ou por tipo de despesa)	20	

Grupo	**Item**	**Peso do item**	**Nota (0 a 10)**
	Gestão das diversas contas correntes (Adiantamentos, contas garantidas, aplicações financeiras etc.)	20	
	Conciliação bancária automática	10	
	Fluxo de caixa que inclua previsões, operações em andamento e pedidos de compra.	20	
Contábil		**80**	
	Lançamentos por centro de custo/atividade	10	
	Integrar automaticamente ou por lotes, **todas** as operações.	10	
	Apoio para conciliação contábil	10	
	Apuração automática de impostos	10	
	Atribuição de custos e rateios de acordo com critério escolhido pelo usuário (percentuais, valores de contas etc)	10	
	Interface com outros sistemas (Ativo fixo, folha de pagamento etc.)	10	
	Consolidados de várias unidades	10	
	Controle patrimonial	10	
	Pesquisa de lançamento por valor ou nome		
TOTAL		**1000**	**0**

V – As análises históricas

24 - A história do Hospital de Santa Catarina

Ir. Lia Gregorine, diretora geral do Hospital de Santa Catarina.

“Quem vos recebe a mim recebe. E quem me recebe, recebe aquele que me enviou.” Mt.10,40

Histórico

A partir dessas palavras de Jesus, em 1565 uma jovem de l9 anos com nome de Regina deixa a casa de seus pais e junto de duas companheiras começa a percorrer um caminho. Caminho audacioso na aventura de viver o Evangelho de uma maneira corajosa, na gratuidade, no silêncio, oração e doação aos mais necessitados da época, a então Prússia Oriental.

Morando em um casebre e vivendo do trabalho de suas mãos, esta jovem partilha o frugal pão de cada dia. Um barril se faz de mesa e sobre ele arde uma vela, sinal da presença do Mestre Jesus. Atender aos doentes em domicílio e ensinar às crianças era sua meta, principalmente meninas por não terem acesso às escolas.

Nascia uma congregação religiosa. Da igreja de Santa Catarina de Alexandria, na cidade de Braunsberg hoje Braniewo, vinha toda a inspiração e bravura que alimentavam esta jovem e suas companheiras.

Os anos passam, a Congregação cresce e com ela surgem novos membros e desafios maiores. As perseguições se fazem presentes na florescente família que se forma. O tempo é de guerras, intolerâncias e perseguições. Inimizades são geradas dentro da própria família por alguns membros que não entendem a grandiosidade do projeto.

De vários escritos, produzidos durante a guerra de 1939-45, se lê:

> “[...] víamos a desgraça ameaçar-nos e nos sentimos impotentes[...] o troar dos canhões se aproximava cada vez mais. De que os russos avançavam sobre a Prússia Oriental tivemos informações pelos militares alemães que atravessam os arredores. [...]Muitas de nossas casas eram incendiadas transformando-se em montões de cinzas e escombros. [...] A princípio fui escalada para ronda noturna. Durante o dia devia cuidar dos doentes. [...]Depois fui novamente trabalhar no hospital que tinha cinco médicos alemães e três russos.”

Os relatos históricos registram os constantes conflitos vividos por nossa fundadora Regina Protmann, mas seus ideais persistem no trabalho que se propagou entre vários países. Províncias são criadas e as Irmãs de Santa Catarina se fazem presentes em diferentes pontos do mundo.

A semente que não morre com certeza não brotará. Várias irmãs morreram nas guerras, mártires da missão e mártires do dever.

No início do amanhecer do dia 3l de dezembro de l897 o navio “Patagônia” chega ao Brasil trazendo as Irmãs Rosa, Daria, Crescência e Irmengard. Rumaram da antiga Europa para a nova América. Quatro estrelas no novo continente.

Desconhecendo a língua e os costumes se instalaram na cidade de Petrópolis - RJ a pedido de Frei Ciriaco Hielscher OFM com a missão de ensinarem às filhas de imigrantes alemães.

Os anos passam, as vocações crescem. Na terra de Santa Cruz a presença dos religiosos é bem-vinda e muito contribuiu para o desenvolvimento do país.

Aumentam os pedidos de mais religiosas e em l903 São Paulo recebe as primeiras Irmãs para o Colégio Santo Adalberto. Dom Miguel Kruse, abade do Mosteiro de São Bento, solicita a então provincial Ir. Eustáquia Boenke que

envie irmãs para atuarem na área da Saúde. Seu pedido foi deferido e, encarnando o carisma de Regina, Ir. Beata Heinrich chega à São Paulo em 1º de agosto de l903. Sozinha e sem um tostão no bolso chegou à Estação da Luz e dirigiu-se ao Colégio Santo Adalberto na rua Conselheiro Crispiniano.

Alguns dias depois, no Mosteiro de São Bento, Dom Miguel Kruse adoece e fica sob os cuidados médicos do Dr. Walter Seng, médico austríaco radicado em São Paulo. Necessitando dos préstimos de uma enfermeira conhece Ir. Beata. Os três sonham o Hospital Santa Catarina.

Outras irmãs chegam à cidade para trabalharem na área da saúde. Sem perder de vista a idéia de um hospital em São Paulo elas caminham... buscam em vários lugares, Av. Brigadeiro Luiz Antônio, Rua da Consolação, Maria Antonia, Jaguaribe.

Ir. Beata corajosamente faz uma visita ao então presidente do Estado de São Paulo Dr. Tibiriçá que a aconselha a adquirir um terreno na então inaugurada Avenida Paulista. Um terreno de l66m de comprimento por l00m de largura. Vários benfeitores aparecem e apóiam. A casa mãe de Braunsberg envia dinheiro para o pagamento do terreno e a construção do imóvel.

Em 1906 o prédio inicial estava totalmente construído e inaugurado, sob os cuidados do arquiteto Dr. Hehl. Os anos passam...

O Hospital Santa Catarina

Dando um salto na história estamos em l990. O antigo prédio se impõe, mas se mistura aos demais arranha-céus que já transformaram a paisagem da pacata e ampla avenida.

A Associação Congregação Santa Catarina (ACSC), entidade mantenedora do hospital Santa Catarina (HSC), fundada em l922 com caráter filantrópico e de direito privado, precisa de atualizações, organização de seus processos e profissionalização de seus colaboradores.

São novos tempos, novos desafios, uma crescente nas especialidades médicas. Já não se aceitam práticas de enfermagem, mas enfermeiros, técnicos ou auxiliares. Escolas se multiplicam e os profissionais proliferam.

Já não se nasce em casa como nos idos de 1906.

O acesso ao hospital aumenta com o surgimento da medicina de grupo, os planos de saúde, convênios, seguros...

Tecnologias avançadas, equipamentos sofisticados e a necessidade de diagnóstico rápido, muito rápido. Descobrem-se patologias novas. A medicina é minimamente invasiva e os sistemas informatizados.

O Hospital Santa Catarina, em seus 100 anos de existência mostrou-se capaz de assimilar as mudanças e incorporá-las como parte integrante à sua essencial missão. Crescer sem perder o foco no ser humano.

> Nossa Missão é a de promover a vida através de uma assistência humanizada e cristã. Cultivamos no hospital Santa Catarina valores emanados da Congregação e fundamentados no Evangelho, mantendo sempre o foco no humano, a visão holística de homens e mulheres entendendo-os como um todo na artesanal arte do cuidar.
>
> Norteados pela ética trabalhamos com o coração nas mãos, no primado do respeito às diferenças e prática do amor fraterno.
>
> Dispomos de elevada tecnologia e contínuo aprimoramento profissional, o que prontamente atende as variadas necessidades humanas preventivas, diagnósticas e curativas, oferecendo alto grau de resolutividade, mas sem nos esquecermos do conforto proporcionado pelo toque e do acolhimento gerado por um sorriso.
>
> Fazer diferente, fazer a diferença, caminhar pela contramão da história que prega o consumismo barato e a competição desleal.
>
> Ser auto-sustentável, isto é, crescer com equilíbrio através de um trabalho sério, contínuo, com responsabilidade social e sem a

ingenuidade de que vivemos livres das questões financeiras essenciais à manutenção desta obra.

Um Hospital que tem sob sua tutela outros muitos hospitais, escolas, creches, lares de idosos, centro de referência para AIDS, deve obrigatoriamente estar atualizado no atendimento às novas patologias e exigências mercadológicas. Por isso a luta é árdua, as noites insones e o stress que por vezes se instala em seus membros diretores.

Em l989 um plano diretor foi traçado, determinando que em l0 anos seria dado ao HSC um novo rosto, tendo como objetivo sua modernização. Foram empregadas novas cores, reformas estruturais e ampliações de espaços.

Hoje temos um hospital “com cara” de hotel, são vastos corredores e amplos átrios, novos elevadores, um traçado moderno e uma beleza ímpar.

Trabalhando dentro da qualidade total buscamos a excelência em qualidade conforme processos originados no Ministério da Saúde, conhecidos como ONA (organização nacional de acreditação), que através de consultoria externa e treinamento de todo staff hospitalar avalia nosso desempenho. Dos três níveis possíveis, segurança, qualidade e excelência, já conquistamos a Acreditação Nível II (qualidade), tendo atualmente como desafio maior a conquista do Nível III.

Outro plano diretor, de medicina, foi definido no ano de 2004. Vamos direcionar o Santa Catarina dentro de seis grandes especialidades: maternidade, cirurgia geral, neurologia, oncologia e cardiologia, além da área de traumatologia.

São 320 leitos, contando com 90 leitos de terapia intensiva nas especialidades de neonatologia, pediatria, adulto-geral, neuro e cardiologia, com apoio da unidade de hemodinâmica em funcionamento desde 2005.

Acredito o HSC como um oásis no meio da realidade brasileira que é de miséria, fome, mortalidade infantil elevada, desnutrição, violência e medo.

Um sonho continua a ser sonhado pelas irmãs de Santa Catarina, construir pólos de excelência em medicina nos estados da federação que atuamos.

O desafio atual é tão grande quanto aquele de l906. O Brasil cresceu, a democracia se instalou definitivamente. As diferenças sociais perpetuam, o acesso à saúde não é ainda para todos, apesar das garantias constitucionais. Por isso continuamos sonhando o sonho de Jesus, de Regina, dos idealistas. Ter vida e vida plena para todos, grandes e pequenos, brancos, negros, amarelos...todos. Este é nosso maior desafio.

Bibliografia

ASSOCIAÇÃO CONGREGAÇÃO SANTA CATARINA. *Das trevas à luz*. Porto Alegre: Santa Maria, l956.

PETRY, Ir. Cecília. *A nova e brilhante estrela*. Petrópolis: Vozes. 2003

THIEL, M. Josefina *Na força da semente*. Petrópolis: Vozes, l996.

25 - ANÁLISE DA REGULAMENTAÇÃO DA HEMOTERAPIA NO BRASIL

Maria Cristina Lages Balestrin Andrade *

Médica, MBA em Economia e Gestão da Saúde pela PUC/SP, administradora em saúde e superintendente do Centro de Hematologia de São Paulo.

Jadson Ribeiro da Costa

Administrador de empresas e gestor de planejamento, informação e análise do Centro de Hematologia de São Paulo.

Luciane Silva

Economista e analista de planejamento do Centro de Hematologia de São Paulo.

INTRODUÇÃO

A hemoterapia é a ciência que estuda o tratamento de doenças através da utilização do sangue. No Brasil, em grande parte dos serviços, a hemoterapia encontra-se em situação comparável a padrões de referência internacionais. Os parâmetros de comparação são a formação do profissional médico, o acesso a informações atualizadas da área, a qualidade dos hemocomponentes produzidos, aos insumos e equipamentos utilizados, e aos testes sorológicos e imunohematológicos realizados.

Sob o ponto de vista do financiamento, dos processos, das questões da regulamentação e da definição de políticas, há ainda muito que discutir de maneira transparente, ampla e eqüitativa, para que se possa garantir não só a contínua melhoria do setor, como também sua viabilidade.

Os prestadores de serviços que participam deste segmento são os órgãos executores da atividade hemoterápica públicos, privados e privados conveniados. No âmbito público estatal, o Governo Federal, mais especificamente o Ministério da Saúde, é o responsável parcial pelo repasse de verbas para o setor público. Ressalta-se o importante papel das agências reguladoras. A ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, voltada para a formulação de políticas, fiscalização e controle do suprimento de sangue e hemoderivados e organização da hemorrede pública, bem como definições acerca da relação público-privado. A ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar, que ao regulamentar os preços praticados pelas operadoras de planos de saúde, faz com que os preços praticados pelos prestadores de serviços de hemoterapia da área de saúde suplementar, estejam sujeitos conseqüentemente às suas definições. Por fim, há os governos estaduais e municipais, também responsáveis pelo financiamento e custeio da hemorrede pública.

No âmbito público não estatal há os Conselhos Regionais e Federal de Medicina; a Associação Médica Brasileira; a Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia; o Colégio Brasileiro de Hematologia e Hemoterapia; associações de pacientes portadores de doenças hematológicas e seus familiares, tais como a ABRASTA, Associação Brasileira de Talassêmicos e a ABRALE, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia.

Finalmente, porém não com menor importância que os demais, estão fornecedores dos equipamentos e insumos utilizados e as fontes pagadoras dos

serviços, sejam elas seguradoras, medicinas de grupo, cooperativas médicas ou auto-gestões.

O debate neste setor tem sido tradicionalmente acalorado, uma vez que há o cruzamento de diferentes interesses, dos diferentes atores; existe historicamente, em conseqüência do modelo adotado, uma tendência estatizante dos serviços, sem, no entanto, gerar recursos públicos suficientes. Tal situação origina relações tensas, que podem colocar em risco o desenvolvimento das atividades.

A natureza do produto – sangue – é especial, não só pelos aspectos literalmente vitais, mas também simbólicos, a ética e o controle social são imprescindíveis. Existem pressões crescentes por qualidade, eficácia financeira e econômica, fato observado no setor saúde como um todo, que passa a ter cada vez mais importância econômica. Esta nova dinâmica impulsiona o desenvolvimento de ações gerenciais, cujos objetivos são a melhoria das relações custo-benefício, sempre sob a ótica de que os recursos disponíveis são finitos, sejam eles públicos ou privados.

HISTÓRICO DA HEMOTERAPIA

A crença de que o sangue dá e sustenta a vida e também é capaz de salvá-la vem de tempos remotos, no entanto, foram necessários muitos séculos de estudo e pesquisas para a ciência descobrir sua real importância e assim poder definir seu uso adequado**.** A história da Hemoterapia pode ser dividida em dois

grandes períodos, o empírico, também conhecido como fase heróica, cujas primeiras referências remontam aos gregos, e o científico, a partir de 1.900. Apesar de ter adquirido bases científicas, a questão do sangue sempre ocupou espaço entre o místico e o científico.

Richard Lower, em 1.665 foi provavelmente o primeiro a realizar transfusões de sangue experimentalmente em animais. O conhecimento a respeito da transfusão de sangue segura em humanos, significou o passo mais importante no tratamento das hemorragias e das anemias e abriu o caminho para os procedimentos cirúrgicos, até então muito perigosos. A primeira experiência em ser humano aconteceu em 1.667, em Paris, conduzida por Jean Baptiste Denis, professor de filosofia e matemática em Montpellier e médico do rei Luis XIV.

As transfusões de sangue nessa época eram heterólogas, isto é, realizadas entre animais de diferentes espécies. Consideradas criminosas, tais transfusões foram proibidas na Faculdade de Medicina de Paris, posteriormente em Roma e na Inglaterra. A primeira transfusão com sangue humano é atribuída a James Blundell, em 1.818, que após realizar com sucesso experimentos em animais, transfundiu sangue humano em mulheres com hemorragia pós-parto.

Blundell, Ponfick, Landis, Arthur, e Pager descreveram alguns dos efeitos fisiológicos e químicos das transfusões, porém as contribuições no campo da imunologia prestadas por Ehrlich, Bordet, Gengou e outros, possibilitaram a descoberta por Karl Landsteiner, imunologista austríaco, a existência de grupos sangüíneos, e a incorporação segura de transfusão de sangue na prática médica.

Idealizado em Leningrado, em 1.932, o primeiro banco de sangue surgiu em Barcelona, em 1.936, durante a Guerra Civil Espanhola. Em 1.942, quatro décadas após a descoberta do sistema de grupo sangüíneo ABO, outro fato que revolucionou a prática da medicina transfusional, foi a identificação, também em humanos, também por Landsteiner, do fator Rh, observado no sangue de macacos Rhesus. Desta forma firmou-se o progresso das transfusões de sangue graças ao descobrimento dos grupos sangüíneos, do fator Rh, o emprego científico dos anticoagulantes, o aperfeiçoamento da aparelhagem de coleta e da aplicação e do conhecimento mais rigoroso das indicações e contra indicações do uso do sangue.

A história da hemoterapia brasileira tem seu primeiro marco significativo na década de 40, após a Segunda Guerra Mundial, momento em que ocorriam acentuados progressos científicos e significativo crescimento da demanda por transfusões. Seguindo tendências internacionais, os primeiros serviços a serem instalados no Brasil foram o Banco de Sangue de Porto Alegre, o Banco de Sangue do Hospital e Pronto Socorro do Recife, Pernambuco, em 1.942, e o Banco de Sangue da Lapa, em 1.944, na cidade do Rio de Janeiro.

Uma vez constituídos estes serviços, outros surgiram até a ocorrência de outro fato significativamente importante, que foi a fundação da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia (SBHH), em 26 de maio de 1.950, tendo como principais finalidades prestigiar a hematologia e a hemoterapia e promover seu desenvolvimento; promover a formação de especialistas em hematologia e hemoterapia; participar junto aos órgãos públicos e privados na investigação,

equacionamento e solução dos problemas de sangue relativos à prática da hematologia, da hemoterapia e das especialidades afins.

Antes mesmo da criação da SBHH, em 27 de março de 1.950, o Presidente da República, Mal. Eurico Gaspar Dutra, decretou e sancionou a Lei Federal no. 1.075, vigente até a presente data, concedendo dispensa do dia de trabalho ao doador voluntário de sangue sendo ele militar, funcionário público civil, servidor de autarquia ou qualquer outro trabalhador, pelo fato de ter prestado serviço relevante à sociedade e à pátria. A partir de então uma série de leis, decretos, portarias, resoluções, normas, programas e planos, vêm sendo publicados com o intuito de definir e regulamentar os diversos campos da prática hemoterápica, tornando-a uma das especialidades médicas mais sujeitas à regulamentação, que embora muitas vezes conflitante, representa importante contribuição para o exercício da especialidade.

Apesar da existência de regulamentação imposta pela publicação de muitas leis, notava-se nos serviços de hemoterapia público e privado deficiências técnicas, de infra-estrutura e de planejamento, bem como ausência de integração institucional, ou seja, não existia um Sistema Nacional de Hemoterapia, e o bem-estar social era ameaçado por práticas discutíveis sob a ótica da ética. Dentre os muitos problemas vigentes na atividade hemoterápica durante a década de 70, relevante era o fato de que se estimava na ocasião mais de 70% dos doadores de sangue serem remunerados (impropriamente chamados de doadores profissionais).

A SBHH sugeriu promover um programa de educação sanitária capaz de criar a consciência da necessidade de doar sangue, implantado através de uma campanha nacional de doação de sangue. tendo como principal objetivo, atingido derradeiramente, na cidade do Rio de Janeiro, apenas em 1.985, incentivar o recrutamento de doadores altruístas, e desta forma prescindir totalmente de doadores gratificados.

Os anos seguintes foram marcados por clara ação difamatória contra os serviços de hemoterapia privados, em que pesem os fatos dos mesmos estarem devidamente licenciados e fiscalizados pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais de Saúde, sendo desta forma responsáveis pelo atendimento da grande maioria dos pacientes que utilizavam transfusões de sangue. Além do que, o modelo adotado para o Sistema Nacional de Saúde estabelece claramente que a iniciativa privada deveria ser estimulada, bem como do Ministério da Previdência Social contratar instituições privadas para atendimento dos segurados do INPS, sem estabelecer exceções em áreas especializadas.

Graças a relacionamentos anteriormente estabelecidos com a França, o Ministério da Saúde do Brasil resolveu adotar o modelo francês de organização de serviço, com acentuada concentração da atividade sob a responsabilidade do Estado. Em abril de 1.980 o Governo Federal, dando prosseguimento a ações deflagradas em governos anteriores, decidiu “equacionar” o problema do sangue no Brasil, implantando o Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados – Pró-sangue. O Pró-sangue definiu-se como instrumento básico da implementação da

política governamental para o setor, que regularizaria o mercado e fixaria as responsabilidades dos segmentos público e privado, coibindo a especulação, estimulando a doação não remunerada, controlando e fiscalizando de maneira rigorosa as atividades.

Em meados de 1.981 a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi reconhecida nos Estados Unidos, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais, moradores de San Francisco e New York, que apresentavam sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune, chegando-se a conclusão que se tratava de uma nova doença, ainda não classificada, de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível. Posteriormente alguns casos ocorridos nos últimos anos da década de 70, foram identificados como tendo sido AIDS.

No Brasil, a AIDS foi identificada pela primeira vez em 1.982, sendo um caso reconhecido retrospectivamente, no estado de São Paulo em 1.980. Em 1983, o vírus foi isolado em pacientes com AIDS pelos pesquisadores Robert Gallo, nos EUA, e Luc Montagnier, na França. Sendo que apenas em 1.986, um comitê internacional recomendou o termo HIV (vírus da imunodeficiência humana) para denominá-lo, reconhecendo-o como capaz de infectar seres humanos, embora esta conclusão já tivesse sido atingida durante o ano de 1.984.

Em janeiro de 1.988 morreu vitimado pela AIDS, Henrique de Souza Filho, Henfil, cartunista, jornalista, escritor, humorista e hemofílico. A esta ocasião, a imprensa leiga alardeava que a morte de Henfil fora em conseqüência de

contaminação através de transfusão de sangue, fato inverídico, uma vez que ele recebia, não só nos Estados Unidos, onde morou por alguns anos, como também no Brasil, da mesma forma que muitos outros hemofílicos, fator VIII de coagulação liofilizado, produzido industrialmente, utilizando como matéria prima partidas de até 2.000 litros de plasma. Estes fatores foram os maiores responsáveis pela contaminação de hemofílicos no mundo.

Em 02 de março de 1.985 o FDA aprovou para uso comercial na triagem de doadores, em locais de coleta de sangue e plasma, o primeiro teste para identificação de anticorpos contra o vírus HIV, àquela ocasião denominado HTLV-III, uma vez que até então este teste era disponível apenas para pesquisa.

A morte de Henfil transformou-o em símbolo de uma campanha de conscientização da gravidade que a doença representava e serviu para demonstrar a falta de informação existente na ocasião sobre o assunto, que desencadeou entre outros fatos, em uma drástica redução nos estoques de sangue. Além da realização de teste sorológico específico, os bancos de sangue adotaram uma série de outras medidas de prevenção contra a possibilidade de coletar sangue de indivíduos contaminados e acima de tudo transfundi-lo. Embora já sendo realizado por um grande número de laboratórios e bancos de sangue, o teste anti-HTLV-III, usado para identificar anticorpos do vírus da AIDS no sangue, ainda era questionado pelo Ministério da Saúde, apesar de ser procedimento reconhecido nos Estados Unidos e recomendado pela AABB (American Association of Blood Banks). Nesta época, 1.985, a Fundação Osvaldo Cruz realizava o teste de imunofluorescência indireta, porém não podia

estendê-lo para a população por falta de verbas. Na mesma proporção em que aumentava o número de pacientes contaminados, aumentavam as dificuldades de atenção, pois não havia recursos suficientes para a prevenção, diagnóstico e tratamento da doença.

Em 1.988 foi estabelecida a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue, bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando prevenir a propagação de doenças, tornando obrigatórios desta forma os testes para detectar hepatite B, sífilis, doença de chagas, malária e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Desde o ano de 1.950 até o final do ano de 1.993 foram publicadas vinte e duas regras, incluindo Portarias, Pareceres, Decretos Lei e Leis específicas na área do sangue. A partir deste ano até a presente data, foram publicadas mais de sessenta matérias legais, sendo que destas, vinte e seis foram publicadas entre os anos de 2.000 e 2.003, de um modo geral incrementando a atividade hemoterápica e por outro lado, agregando custos.

Sob argumentos de exigências sociais e políticas, objetivando uma diluição do papel da administração pública como fornecedor exclusivo ou principal de serviços públicos e, simultaneamente um processo de regular atividades produtivas de interesse público, mediante estímulo à competição e à inovação, atuando preferencialmente no gerenciamento e na função de controle, o Governo Federal criou as agências reguladoras, sendo especificamente relacionadas à área da saúde duas delas, a primeira, em 1.999, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, **ANVISA** e a segunda, em 2000, Agên*cia*

Nacional de Saúde Suplementar - **ANS**, ambas autarquias sobre o regime especial, vinculadas ao Ministério da Saúde.

À ANVISA foram incorporadas as competências da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde e novas missões, dentre elas a coordenação do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados, ou seja, assumir a responsabilidade pelo gerenciamento formulação da política, fiscalização e controle do suprimento de sangue e hemoderivados, sendo que a prestação de serviços hemoterápicos cabe à hemorrede pública estadual e municipal (Hemocentros e suas unidades), complementada pela iniciativa privada (Serviços de Hemoterapia e Bancos de Sangue).

Para a **ANS** por sua vez, foi definida como finalidade institucional a promoção da defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

PRINCIPAIS ASPECTOS DA CAPACIDADE INSTALADA E DO FINANCIAMENTO DO SETOR DE HEMOTERAPIA NO BRASIL

Nos últimos 3 anos pode-se observar uma significativa melhora da qualidade das informações oficiais sobre as empresas sob jurisdição da ANS. Até então, as principais fontes de dados e informações eram basicamente oferecidas pelas entidades representativas das diferentes modalidades deste tipo de assistência tais como Abramge, Conamge, Sinamge, Unimed do Brasil, Fenaseg, Abraspe, Ciefas, Superintendência de Seguros Privados – SUSEP entre outras. Tais

dados eram dispersos e apresentavam discrepâncias significativas para um mesmo ano. Com relação ao setor da Hemoterapia, da mesma forma nota-se melhora significativa nas informações relativas a natureza jurídica das organizações prestadoras de serviços, o que não se aplica aos dados específicos de custos financiamento da área.

DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA NO BRASIL SEGUNDO A REGIÃO GEOGRÁFICA, O ESTADO E A NATUREZA JURÍDICA

REGIÃO	ESTADO	NÚMERO UNIDADES/NATUREZA				TOTAL
		PÚBLICA	PRIVADA	PRIVADA CONVENIADA	NÃO INFORMADA	
CENTRO OESTE	**DF**	18	6	0	0	**24**
	GO	15	23	5	0	**43**
	MT	46	10	0	0	**56**
	MS	27	9	7	7	**50**
TOTAL REGIÃO		**106**	**48**	**12**	**7**	**173**
NORDESTE	**AL**	8	2	7	0	**17**
	BA	28	26	5	0	**59**
	CE	51	7	33	1	**92**
	MA	16	5	0	0	**21**
	PB	24	7	4	0	**35**
	PE	22	6	0	2	**30**
	PI	27	1	0	0	**28**
	RN	11	6	1	0	**18**
	SE	5	13	10	0	**28**
TOTAL REGIÃO		**192**	**73**	**60**	**3**	**328**
NORTE	**AC**	8	0	0	0	**8**
	AP	8	0	0	0	**8**
	AM	57	2	5	1	**65**
	PA	19	2	1	2	**24**
	RO	8	3	0	0	**11**
	RR	11	3	0	0	**14**
	TO	18	0	0	0	**18**
TOTAL REGIÃO		**129**	**10**	**6**	**3**	**148**
SUDESTE	**ES**	18	29	13	0	**60**
	MG	53	55	114	1	**223**
	RJ	75	53	2	1	**131**
	SP	93	102	177	6	**378**
TOTAL REGIÃO		**239**	**239**	**306**	**8**	**792**
SUL	**PR**	46	52	10	16	**124**
	RS	36	17	219	0	**272**

	SC	39	161	13	4	217
TOTAL REGIÃO		121	230	242	20	613
TOTAL BRASIL		787	600	626	41	2054

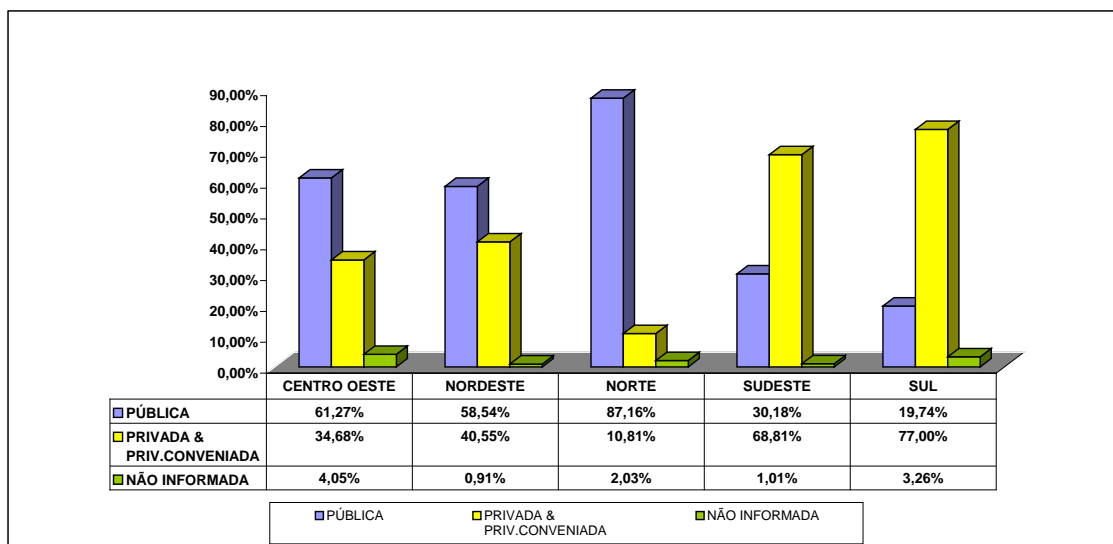
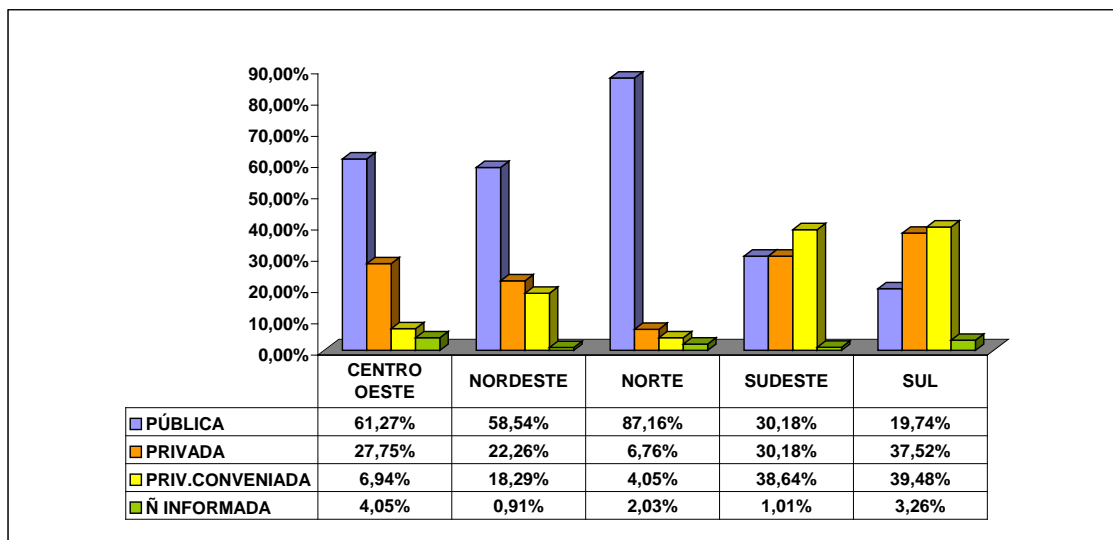
Fonte: HEMOCAD/Regiao UF Tipo de Natureza - ANVISA – Ano: 2006

DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA NO BRASIL

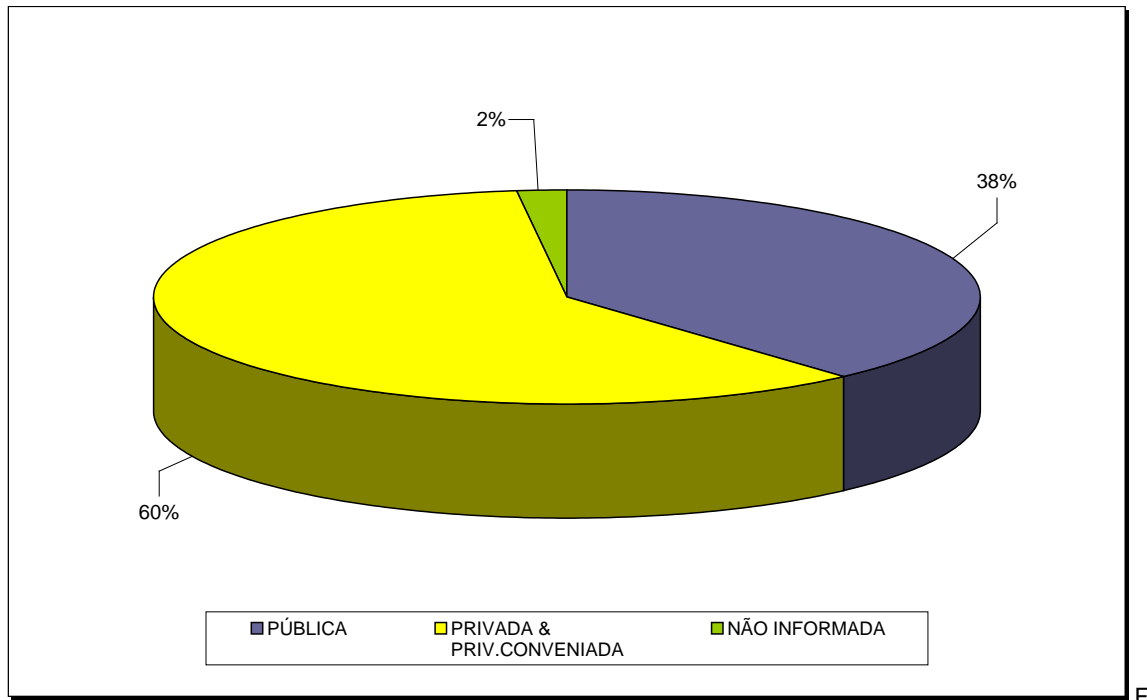
SEGUNDO REGIÃO E NATUREZA JURÍDICA

	CENTRO OESTE	NORDESTE	NORTE	SUDESTE	SUL
PÚBLICA	61,27%	58,54%	87,16%	30,18%	19,74%
PRIVADA	27,75%	22,26%	6,76%	30,18%	37,52%
PRIV.CONVENIADA	6,94%	18,29%	4,05%	38,64%	39,48%
Ñ INFORMADA	4,05%	0,91%	2,03%	1,01%	3,26%

	CENTRO OESTE	NORDESTE	NORTE	SUDESTE	SUL
PÚBLICA	61,27%	58,54%	87,16%	30,18%	19,74%
PRIVADA & PRIV.CONVENIADA	34,68%	40,55%	10,81%	68,81%	77,00%
NÃO INFORMADA	4,05%	0,91%	2,03%	1,01%	3,26%

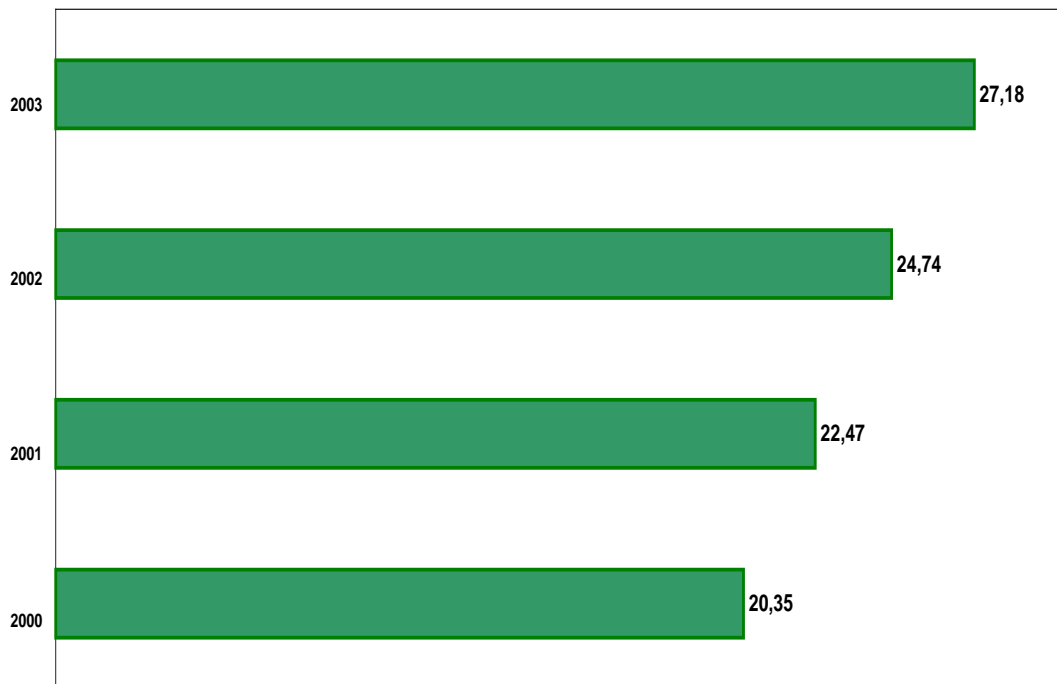
F

onte: HEMOCAD/RegiaoUFTipoNatureza - ANVISA – Ano: 2.006

DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA NO BRASIL SEGUNDO NATUREZA JURÍDICA

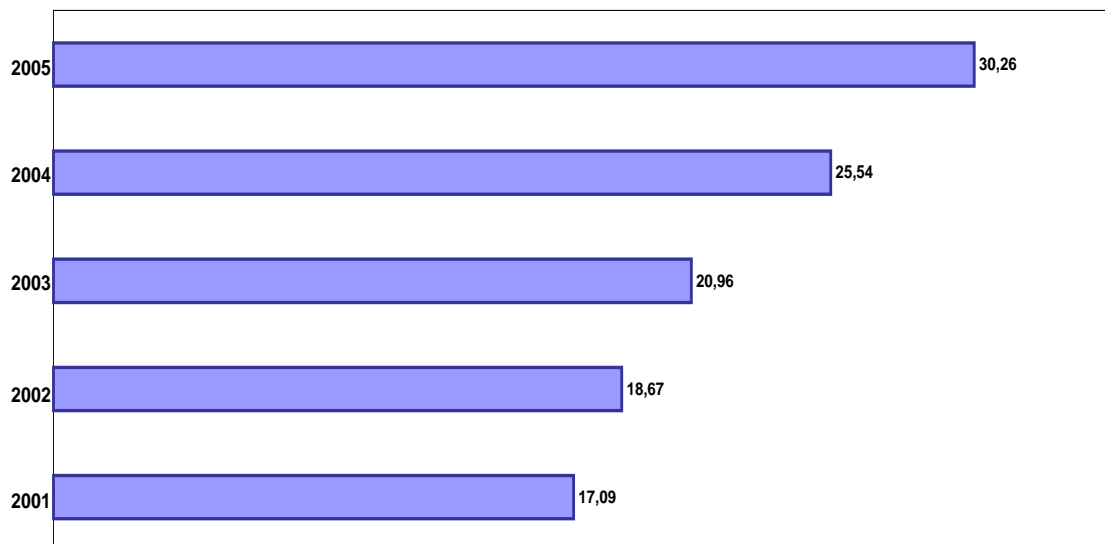
F

onte: HEMOCAD/Região UF Tipo de Natureza - ANVISA – Ano: 2.006

As despesas com Ações e Serviços públicos de Saúde no Brasil, no período compreendido entre os anos de 2000 e 2.003, apresentou a seguinte evolução:

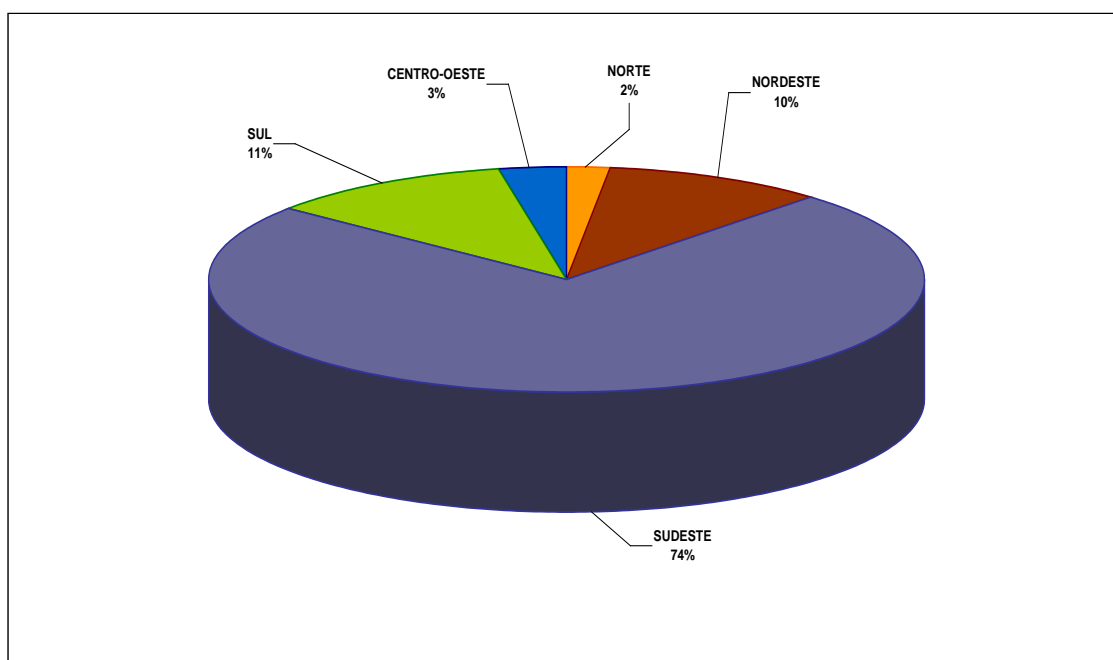
Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde Financiada por Recursos Próprios

Brasil – 2000 – 2003 (bilhões de R$)

Fonte: DATASUS / Ministério da Saúde / Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE / Secretaria de Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde / SIOPS / SPO / SE / FNS – 2006.

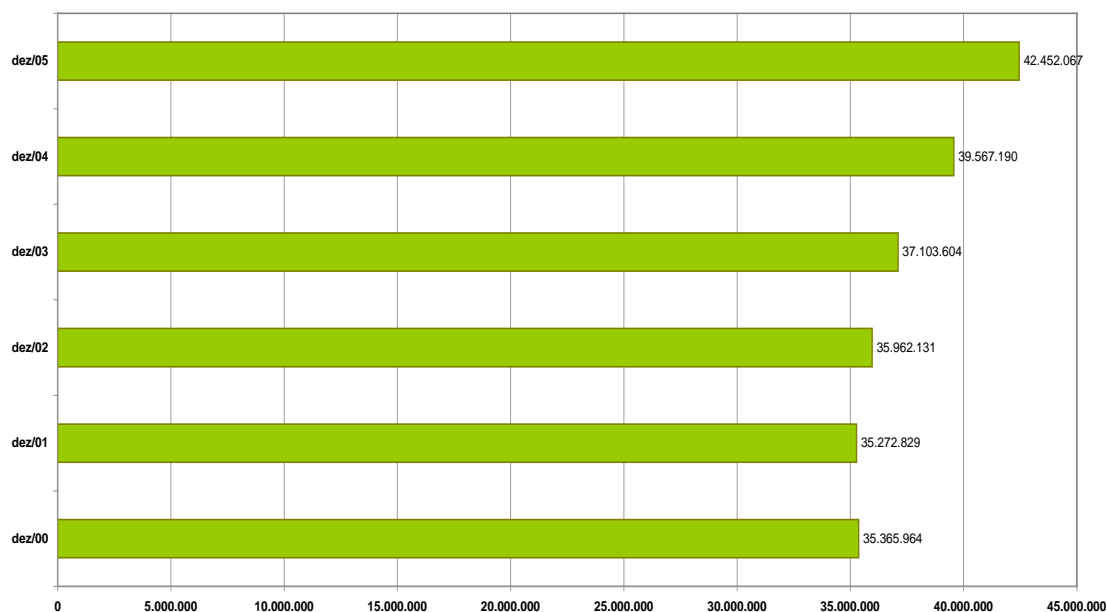
Com relação aos recursos destinados especificamente a investimento, custeio e modernização gerencial dos Serviços Públicos de Hemoterapia não são encontradas informações atualizadas disponíveis, da mesma forma que não estão disponíveis tais informações no caso do Sistema de Saúde Suplementar, onde são publicados apenas os dados consolidados do setor.

Evolução da Despesa Assistencial das Operadoras de Planos de Saúde Brasil – 2001 – 2005 (bilhões de R$)

Fonte: FIPE / Diops – 21/03/06

Nota: Dados preliminares sujeitos a revisão

Despesa Assistencial das Operadoras de Planos de Saúde Segundo as Regiões Geográficas Brasil – 2005 (Participação %)

Fonte: FIPE / Diops – 21/03/06

Nota: Dados preliminares sujeitos a revisão

Beneficiários de Planos de Saúde Brasil – 2000 – 2005

Fonte: Cadastro de Beneficiários - ANS

Com relação aos dados de produção dos serviços de hemoterapia, as informações oficiais mais atualizadas disponíveis referem-se aos anos de 2000 a 2002, ressaltando que tais informações tratam apenas dos dados dos serviços de natureza jurídica pública e parcialmente dos privados conveniados ao SUS.

Evolução do número de Coletas Brasil 2000 – 2002

	2000		2001		2002	
NATUREZA DO SERVIÇO	QUANTIDADE	%	QUANTIDADE	%	QUANTIDADE	%
Públicas	1.917.915	65,05	2.056.781	66,86	1.996.831	65,78
Privadas Contratadas pelo SUS	1.030.656	34,95	1.019.344	33,14	1.038.917	34,22
TOTAL	2.948.571		3.076.125		3.035.748	

Fonte: HEMOPROD

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O histórico da hemoterapia brasileira evidencia a inexistência de um mercado de Hemoterapia, uma vez que não se caracteriza como um g*rupo de compradores e vendedores que, por meio de suas reais ou potenciais interações, determina o preço de um produto ou de um conjunto de produtos* (PINDYCKY, 2002:*7).* O produto sangue não tem preço no sentido que a teoria econômica lhe confere, ou seja, determinado pela interação das curvas de oferta e demanda; é, antes, definido pelos agentes compradores de serviços de saúde públicos e privados.

Com relação aos agentes compradores de serviços públicos, os valores para a remuneração são definidos pela Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, não sendo passíveis de negociações no sentido de reduzi-los ou aumentá-los. Neste caso a remuneração é feita através dos chamados módulos de cobrança, tais como exames imunohematológcios, sorologia, processamento, pré transfusional e transfusão, o que faz com que todas as coletas de sangue total sejam pagas, independentemente de o sangue ser utilizado ou desprezado por quaisquer que sejam os motivos, inclusive excesso de estoque e perda de validade, diferente do que ocorre com os serviços privados, que recebem apenas pelos hemocomponentes transfundidos.

No caso dos prestadores de serviços da área de saúde suplementar, chamados genericamente de privados, os recursos provêm exclusivamente do pagamento das unidades de hemocomponentes transfundidos e demais procedimentos realizados. Os valores são baseados na grande maioria dos casos na Tabela da

Associação Médica Brasileira, publicada em 1.992, embora existam edições posteriores publicadas nos anos de 1.996 e 1.999. Relativamente à tabela, há também uma nova proposta para referencial de pagamentos denominada Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, publicada no ano de 2003, que já se encontra em sua 4ª. edição, e que da mesma forma não é aceita pela grande maioria dos compradores de serviços.

Os compradores de serviços de um modo geral, sob a alegação de terem tido seus custos significativamente majorados em conseqüência da regulamentação do setor e do aumento da sinistralidade, cada vez mais comprimem os prestadores de serviços para renegociar valores para baixo. Os prestadores por sua vez acabam cedendo às pressões, sob ameaça da inviabilidade de suas atividades. Neste segmento a cadeia de participantes do processo de produção e fornecimento de sangue, se nos ativermos exclusivamente aos componentes diretamente envolvidos, isto é, usuários, financiadores, fontes pagadoras e prestadores de serviços, estaremos diante de uma expressão imperfeita de mercado, pois quem financia (empresas hoje são responsáveis pelo financiamento de aproximadamente 70% dos planos de assistência a saúde) não recebe o serviço, quem recebe o serviço (paciente), não paga e finalmente quem paga (fonte pagadora) nem recebe o serviço nem o financia.

O desenho do segmento de hemoterapia encerra em si significativas contradições de interesses. Daí os embates freqüentes por menores preços, por parte das empresas que contratam os planos de assistência médica, visando menor impacto nas despesas com benefícios. Ao mesmo tempo em que os

próprios “departamentos de recursos humanos” de tais empresas reclamam por uma melhor atenção aos clientes, pelo fato disto poder vir a ser um possível elemento gerador de tensão no grupo de trabalhadores.

As operadoras de planos de saúde por sua vez, em considerando sua necessidade de sobrevivência, buscam de um modo geral negociar de forma que seus interesses comerciais fiquem preservados. Assim, ao terem seus custos aumentados, ao tempo que suas receitas são deprimidas buscam encontrar nos provedores de serviços e nos usuários seu equilíbrio econômico financeiro lançando-mão de vários expedientes, sendo os mais comuns a não atualização dos valores pagos, isto é, mantém tabelas de preço desatualizadas; a renegociação de valores pagos visando sua diminuição; os atrasos nos pagamentos das contas e as glosas de contas em percentuais acima do esperado, que podem ser técnicas ou mesmo administrativas, com a definição de valores fixos de cortes. Além disso, existe uma nítida opção por provedores de serviços de baixa qualidade, que pode ser detectada, por exemplo, ao se observar o alto índice de repetição de procedimentos e exames, bem como reinternações para tratamento de patologias teoricamente já tratadas.

O conjunto de hospitais, clínicas de diagnóstico e de prestação de serviços além dos próprios médicos, em decorrência da grande competitividade conseqüente ao aumento de “*players*” no mercado e à ausência de realinhamento de preços nos últimos anos, tem grande dificuldade de se manterem tecnologicamente atualizadas e com rentabilidade que garanta sua operação equilibrada e com qualidade. Além disso, o desalinhamento entre o número de provedores de

saúde e o de fontes pagadoras, produz, principalmente nos grandes centros, uma nítida competição pelos contratos o que, promove uma seleção negativa dos mesmos, isto é, quanto mais barato e por vezes com qualidade inferior, maior a possibilidade de sucesso nas negociações. Somando-se a estes fatos o próprio *modus operandi* atual das fontes pagadoras concorre para a continuidade deste círculo vicioso.

Os usuários, embora diferenciados pelo mecanismo de financiamento, isto é, sejam estes beneficiários de planos individuais ou de planos financiados pelas empresas nas quais trabalham, buscam de um modo geral o mesmo, ou seja, atendimento de alta qualidade,e, garantia de acesso e disponibilidade de meios diagnósticos e terapêuticos de acordo com suas necessidades. Todos têm dificuldade de se adaptar e compreender as restrições técnicas e econômicas dos serviços de saúde, assim como também não possuem muitos parâmetros para avaliação qualitativa dos serviços prestados. Não sendo a prática médica uma ciência de parâmetros objetivos, não existindo a disseminação de padrões técnicos que possam ser usados com discernimento pelo cidadão que não é profissional da área de saúde, corre-se o risco de se perder a exata noção de qualidade de atenção e ter todo o processo de análise condicionado por dois fatores: 1) Os aspectos relativos à disponibilidade do serviço e; 2) Os aspectos relativos a padrões de instalações físicas e hotelaria que, embora importantes não sejam suficientes.

Dentre as principais questões positivas geradas pelas mudanças no cenário do setor de saúde no Brasil como um todo, incluindo sem dúvida alguma os

serviços de hemoterapia, vale salientar o fato dos profissionais médicos, passarem por um processo de mudança cultural, onde progressivamente decidem sobre o uso de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, baseados em evidências claras da literatura ou da experiência documentada de outros profissionais ou da sua própria, respeitando cada vez mais os pacientes, e, exercendo suas atividades de forma planejada e otimizada, através da utilização de metodologias mais produtivas e mais custo efetivas, pois se conscientizaram que são em grande parte responsáveis pela geração dos custos assistenciais e co-responsáveis pela sobrevivência das instituições onde desenvolvem suas atividades.

São claras também as mudanças dos modelos de gestão das organizações prestadoras de serviços de saúde, que reformulam seus conceitos e adotam metodologias empresariais e de produção amplamente utilizadas em vários outros setores produtivos.

Finalmente é notória ainda a organização e o ganho de qualidade que ocorreu na área do sangue no Brasil, pois em tempos não muito remotos as práticas adotadas nos serviços locais de hemoterapia estavam muito distantes dos padrões preconizados internacionalmente. Fato determinante nesta mudança foi o fim da doação remunerada de sangue, que embora os setores governamentais tentem capitalizar para si esta responsabilidade, é claro o papel fundamental da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia no processo, pois a mera proibição através da lei, não foi suficiente para garantir a extinção.

A cultura da qualidade vem sendo incorporada a diversos setores produtivos, especificamente na hemoterapia brasileira, deve-se ressaltar a orientação adotada em maio de 1.998, pelo Ministério da Saúde, que elegeu a qualidade do sangue como sua meta mobilizadora nacional, dentro do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (então PBQP). Esta meta, denominada *"Sangue com garantia de qualidade em todo o seu processo até 2.003"* foi referendada no Plano Plurianual (PPA 2.000/2.003).

Desde então, aumentou significativamente o número de serviços que obtiveram certificação de seus Sistemas da Qualidade, concedidas através de organismos nacionais e internacionais.

Em relação à qualidade do produto propriamente dita, observa-se que rapidamente novas metodologias de obtenção, armazenamento, testagem e transfusão de hemocomponentes, são adotadas em alguns serviços brasileiros, especialmente os localizados nos grandes centros. A utilização de modernos reagentes laboratoriais, a aquisição de equipamentos de última geração, e principalmente o treinamento e a capacitação dos profissionais da área, nestes serviços, ocorrem em um lapso de tempo bastante curto se comparados aos centros internacionais de referência, apesar da ausência de concessão de reajustes na área da Saúde Suplementar.

A história evidencia nitidamente uma tensão entre o setor público e o privado na hemoterapia brasileira, mais especificamente na década de 80 quando estas questões foram claramente colocadas, podendo-se assistir a uma série de

acusações mútuas, certamente com conseqüências pouco positivas para a população em geral, até os dias de hoje.

A implantação do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados, Pró-Sangue, definiu uma linha estatizante à atividade hemoterápica, pois o texto da Portaria Interministerial Bsb No. 7, de 30 de abril de 1.980, colocava sob controle governamental as atividades de coleta, distribuição e utilização do sangue e seus derivados básicos, que se tornaram questão de segurança nacional, deixando a privatização destas atividades restrita a funções complementares e subsidiárias, alterando a orientação até então vigente, proposta na Lei Federal No. 4.701, de 28 de junho de 1.965, que dizia ser o exercício da atividade hemoterápica uma conjugação de serviços executados por organizações oficiais ou de iniciativa particular.

A força da lei, no entanto, não possibilitou a geração de recursos suficientes para a construção de um sistema exclusivamente público no Brasil, pois como foi demonstrado, dos 2.054 Serviços de Hemoterapia no Brasil, 787 (38%) são públicos, 600 (30%) são privados, 626 (30%) são privados conveniados e 41 (2%) são de natureza não informada, ou seja, juntos os serviços privados e privados conveniados correspondem a 60% do total.

Sob o ponto de vista de volume de unidades produzidas é nítida a necessidade da melhoria na consolidação e disponibilidade de tais informações, em que pese o fato de todos os Serviços de Hemoterapia brasileiros serem obrigados a enviar mensalmente para as Vigilâncias Sanitárias Estaduais relatórios detalhados de produção.

Quanto ao volume de recursos utilizados, apesar da inexistência de informações específicas para a área de hemoterapia, é possível inferir significativa concentração no sistema de saúde suplementar, já que nos anos de 2001, 2.002 e 2003, cujos dados podem ser comparados, foram destinados R$ 17,09; R$ 18,67 e R$ 20,96 bilhões respectivamente à cobertura de assistência à saúde a 35,2; 36 e 37,1 milhões de beneficiários, resultando em gastos per capita de R$ 484,63; R$ 519,26 e R$ 564,94, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), enquanto que para o mesmo período, segundo o Ministério da Saúde-SCTIE/DES-SIOPS;SPO/SE e FNS tais gastos foram de R$ 232,11; R$ 268,02 e R$ 303,17/habitante.

BIBLIOGRAFIA

AUGUSTO, M. H. O. e COSTA, O. V. *Entre o público e o privado a saúde hoje no Brasil*. Tempo Social. USP, S. Paulo, 11(2):199-217, out. 1.999 (editado em fev. 2.000).

BAER, Werner. *A Economia brasileira*, São Paulo, Nobel, 1.996.

CARDOSO, Mildred Helena. *Os Rumos da economia brasileira e sua influência na assistência à saúde*, S.B.I.B.H.A.E., São Paulo, 2.002.

CARNEIRO, Anna Rago; LOPES, Maria Esther Duarte – *Coletânia de Legislação em Hematologia e Hemoterapia,* Rio de Janeiro, SBHH, 2.002.

ELIAS, Paulo Eduardo. *Saúde no Brasil política e organização de serviços*, São Paulo, CEDEC, 1.999.

FAGGIONI CICOGNA, Luiz Paulo – *Histórico da Hemoterapia no Brasil,* Fundação Hemocentro de Ribeirão Preto, 1998.

LYONS, Albert S. M.D.; PETRUCELLI, II, R. Joseph M.D. – *Medicine An Ilustrated History,* Harry N. Abrams, Inc, New York, 1.987.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar* / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – Rio de Janeiro: ANS,2.002.

PINDYCKY, Robert S. Eindyck; Rubinfeld, Daniel L.- *Microeconomia,* São Paulo, Prentice Hall *,* 2002.

SERRA, José. *A Questão da saúde no Brasil.* Estudos Avançados, Instituto de Estudos Avançados da USP, vol. 13, num. 35, jan/abril 1.999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA - *Boletim da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.* No. 26, Rio de Janeiro, abril de 1.976.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA - *Boletim da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.* No. 71, Rio de Janeiro, janeiro de 1.980.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA - *Boletim da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.* No. 72, Rio de Janeiro, fevereiro de 1.980.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA - *Boletim da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.* No. 78, Rio de Janeiro, agosto de 1.980.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA - *Boletim da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.* No. 117, Rio de Janeiro, dezembro de 1.983.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA - *Boletim da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.* No. 133, Santos, maio/junho de 1.985.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA - *Boletim da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.* No. 133, Santos, maio/junho de 1.985.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA - *Boletim da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.* No. 134, Santos, julho/agosto de 1.985.

American Association of Blood Banks

http://www.aabb.org/

Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná – HEMEPAR

http://saude.pr.gov.br/Hemepar/

Fundação Pró-Sangue, Hemocentro de São Paulo

http://prosangue.com.br

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

http://www.ibge.gov.br

Portal da Saúde

http://portal.saude.gov.br

26 – Sistema de saúde no Brasil: história, estrutura e problemas.

Eduardo B. F. Perillo. Médico, mestre em administração, doutorando em história econômica, coordenador técnico do MBA em Economia e Gestão da Saúde da PUC/SP.

Introdução

O atual modelo de assistência à saúde no Brasil, burocratizado, de visão predominantemente assistencial e curativa, e portanto intervencionista, tendo no hospital sua principal porta de entrada e com crescente dependência da inovação e incorporação tecnológicas, mostra sucessivos sinais de esgotamento. São notórias as dificuldades de financiamento, para custeio ou investimento, tanto na esfera pública quanto no âmbito privado, com múltiplas causas que poderiam estreitar-se em dois pontos principais. Primeiro, o modelo vigente é tecnologia-dependente e necessita de contínua inovação, porém em descompasso com o observado em outras indústrias, a incorporação de novas tecnologias não é necessariamente acompanhada pela redução dos custos operacionais. Uma das razões para essa ocorrência, mas não a única, está no fato das novas tecnologias não necessariamente substituírem as anteriores, mas somarem-se às já existentes, criando-se áreas de redundância que resultam na elevação dos custos operacionais.

Em segundo lugar, o crescimento dos custos operacionais se dá com velocidade muito superior à do crescimento da capacidade de financiamento do sistema, público ou privado, também, mas não somente em função do motivo anteriormente apontado: há outras causas estruturais, discutidas ao longo deste trabalho. O resultante desencontro de contas provoca tanto contínuas demandas para o maior comprometimento dos orçamentos públicos com saúde, quanto pressões para o aumento das mensalidades dos planos de saúde, corporativos ou individuais. Quaisquer que sejam os argumentos, são sempre no sentido de que se gaste mais com os serviços de assistência médica. Sucede, porém, tais

demandas esbarram em restrições orçamentárias; a capacidade de investimento em saúde, pública ou privada, já chegou ao seu limite, pois o País já despende acima de 8% do PIB com tal rubrica, colocando-nos, em termos percentuais, em níveis comparáveis a países da OCDE (World Bank, 2004).

A pergunta que se coloca é: como chegamos a esse modelo, e o que fazer para a superação de seus problemas? A primeira parte da resposta deve ser buscada no passado, e uma boa idéia de onde começar nossa busca está no título do livro de Paul Starr (1982): *The social transformation of American Medicine. The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*. A segunda parte da resposta depende do entendimento das condicionantes históricas responsáveis pela construção do modelo, ou seja, precisamos primeiro responder *por quem*, *por que* e *como* se deu essa construção, que interesses o motivaram, o permeiam e o mantém, para desenhar uma trajetória possível de intervenção. Mas afinal, o que a transformação social da medicina norte-americana tem a ver com as atuais aflições do sistema de saúde brasileiro?

Origens da atenção à saúde no Brasil

Com o início da colonização, as estruturas de atenção à saúde existentes em Portugal transferiram-se paulatinamente para o Brasil. De início foram as santas casas de misericórdia, entidades organizadas pela rainha D. Leonor de Lancastre em 1498, ligadas à igreja católica romana, as primeiras responsáveis pela função de atenção à saúde no país. Seu compromisso principal era com o tratamento dos enfermos, o auxílio aos presos, o socorro aos necessitados e o amparo aos órfãos, constituindo-se seu público-alvo dos segmentos mais pauperizados da população.

A esse tempo, a medicina era exercida no reino português pelos *físicos*, formados em Coimbra, e pelos cirurgiões, de formação prática. Medicina e cirurgia eram atividades separadas e controladas em todo o reino pela Fisicatura-mór, representada pelo Físico-mór, pelo Cirurgião-mór e seus delegados nas colônias, cargos vitalícios, com atribuições centradas na concessão de alvarás e licenças para o exercício profissional dos físicos, cirurgiões e boticários, bem como a fiscalização de sua prática. Apenas no período de 1782 a 1808 a fisicatura foi substituída pelo proto-medicato, em suas atribuições.

Na nova colônia, os físicos formados em escolas européias eram poucos e concentravam-se nas maiores povoações - na prática, as atividades curativas eram entregues a boticários, cirurgiões-barbeiros, entendidos, sangradores, curiosos, raizeiros, rezadores e outros mais (Santos Filho, 1991). Sem escolas locais para a formação de físicos, a situação perdurou até 1808 com a chegada da corte portuguesa, a fundação de duas escolas médicas, na Bahia e no Rio de Janeiro, e o restabelecimento da fisicatura, mantida em atividade até sua extinção final em 1828, passando suas atribuições à competência das câmaras municipais.

O crescimento e a organização dos médicos locais levaram à fundação da Academia de Medicina do Rio de Janeiro em 1829,

> "*organizada com o fim de reunir médicos para debater assuntos específicos sobre saúde e doenças humanas, e também para definir o papel desse grupo frente a questões de saúde pública e do exercício da medicina. O objetivo principal que norteou sua criação, em 30 de junho de 1829, foi o de viabilizar o crescimento das diversas áreas da medicina e ampliar a participação desses profissionais junto ao*

Governo Imperial em questões referentes à higiene e políticas de saúde pública". [14]

Médicos melhor articulados e próximos do governo imperial provocaram em 1835, a mudança da denominação para Academia Imperial de Medicina, a qual passou a receber uma subvenção do tesouro público e a exercer funções de consultoria junto ao governo nas questões de saúde pública, medicina legal e medicamentos, além das atribuições de regulamentação do exercício da medicina e da comercialização de medicamentos. Dessa forma, a academia concentrou as ações de "proteger a saúde da população" e "proteger e defender a ciência", cristalizando a hegemonia da prática médica em relação às práticas de prevenção da doença e promoção da saúde. Duas ações podem ser destacadas.

A primeira, o "Plano de Organização das Escolas Médicas do Império", projeto inspirado no modelo de ensino francês, padronizando a organização das então academias médico-cirúrgicas da Bahia e do Rio de Janeiro, agora denominadas, respectivamente, Faculdade de Medicina da Bahia e Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. A segunda, a resistência às práticas médicas divergentes de seu modelo de influência francesa, calcado no higienismo e na anatomoclínica – as primeiras foram classificadas como charlatanismo (Edler, 2001), sobressaindo-se sua franca e declarada oposição às práticas homeopáticas[15].

Em 1849, durante a epidemia de febre amarela e o surto de varíola ocorridos no Distrito Federal, a Academia falhou ao não reconhecer a gravidade da situação e hesitou em aconselhar o governo a adotar as medidas necessárias; em conseqüência, foi necessário criar uma comissão de higiene, transformada em 1850 na Junta de Higiene Pública, rebatizada em 1851 como Junta Central de Higiene Pública, para assumir as atividades da desacreditada Academia. A partir de então, o desprestígio a acompanhou até o ocaso, tendo seu nome finalmente

---

[14] http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/verbetes/socmedrj.htm, acessado em 02/10/06.
[15] Idem.

alterado para Academia Nacional de Medicina em 1889, com a proclamação da república.

A segunda metade do século XIX caracterizou-se por uma série de sucessivas epidemias em várias cidades do País, as quais permitiram a consolidação do modelo higienista; este via no ambiente a principal fonte da transmissão de doenças, daí a necessidade de intervir para modificá-lo e adequá-lo às necessidades humanas, por meio do tratamento de água, canalização e destinação de esgotos, coleta de lixo, etc. A visão higienista desaguaria, na passagem do século e nas primeiras décadas do século XX, no modelo sanitarista-campanhista da primeira república, quando o Estado criou um conjunto de instrumentos para dar conta das endemias e surtos epidêmicos das metrópoles.

Um exemplo é o ocorrido no Rio de Janeiro, com a realização de programas de saneamento ambiental e de campanhas sanitárias, de responsabilidade da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), principalmente entre 1903 e 1909, e caracterizadas pela atuação de Oswaldo Cruz e do Instituto Manguinhos. As práticas sanitárias foram eficazes, não porém sem movimentos contestatórios como a Revolta da Vacina em 1904. Não obstante, controlaram as epidemias de varíola, febre amarela, febre tifóide e outras, permitindo condições mais favoráveis à expansão do modelo agro-exportador vigente, via eliminação do constrangimento causado ao desenvolvimento de pólos exportadores, e à reversão do acentuado decréscimo no número de imigrantes chegados para substituir a mão de obra escrava. Na década de 1890 a 1899, chegaram ao redor de 120 mil imigrantes/ano, enquanto em 1903 esse número baixou para 34 mil (Castro Santos, 1985), voltando a crescer após o controle sanitário implementado.

Após iniciado o processo de industrialização do País, e principalmente a partir dos anos 30, o movimento sanitarista-campanhista perdeu ímpeto, diminuíram

os investimentos em saúde pública e a atenção coletiva cedeu lugar à atenção individualizada. Não obstante, sob a direção de Carlos Chagas, o Departamento Nacional de Saúde Pública, criado em 1920 por pressão da Liga Pró-Saneamento do Brasil liderada por Belisário Penna, coordenou os esforços no combate às epidemias que ainda ameaçavam os grandes centros e corredores de exportação, como a febre amarela no Rio de Janeiro, a malária, a ancilostomíase e mal de Chagas no interior do País, combatidas pelos serviços federais de profilaxia rural. Enquanto isso, crescia a incidência da lepra e a tuberculose despontava como a mais importante ameaça sanitária urbana (Castro Santos, 1985; Hochman, 1998, 1999, 2005).

Paralelamente, já a partir de meados do século XIX surgiram instituições beneficentes, quase sempre por iniciativa de comunidades de conotação étnica, nacional ou profissional, constituindo-se essas mesmas comunidades seu público alvo de atenção médica e previdenciária. Em 24 de janeiro de 1923, o Decreto Legislativo 4.682 (Lei Eloy Chaves), criou a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP), para os empregados de cada uma das empresas ferroviárias então existentes. Organizadas com base individual nas empresas, financiadas por contribuições de empregados e empregadores, sem participação do governo, as CAPs se tornam o modelo adotado para oferecer assistência médica e previdenciária, sempre por meio da vinculação ao trabalho. Em anos seguintes, os benefícios legais foram estendidos a portuários, marítimos, trabalhadores de serviços telegráficos, radiotelegráficos, força, luz, bondes e empresas de mineração, os segmentos melhor organizados e elitizados da força de trabalho.

Ao mesmo tempo em que o número de caixas crescia, e também o de beneficiários e de benefícios concedidos, principiaram a surgir falhas administrativas com origem no desaparelhamento técnico e nas tabelas

atuariais, com conseqüências na formação dos patrimônios das CAPs, principalmente naquelas das empresas com número reduzido de funcionários, resultando na crise previdenciária observada em 1930.

O golpe de 1930 e as mudanças no modelo de atenção à saúde

Logo após o golpe de outubro de 1930 que levou Getúlio Vargas ao poder, uma das primeiras iniciativas do governo provisório foi a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, MESP. Na visão de Castro Santos (1985), o novo ministério representou uma resposta parcial aos anseios do movimento sanitarista da primeira república. Em 1930, o Brasil possuía uma população predominantemente rural, com apenas 30% dos quase 40 milhões de habitantes vivendo em cidades, e a estrutura de atenção à saúde coletiva mantinha as características do início do século, como vimos anteriormente.

São Paulo constituía uma exceção, visto ter realizado uma reforma sanitária a partir de 1925, com ampla reestruturação da estrutura administrativa, em resposta às questões de retenção de mão de obra no período pós-abolição e de saneamento dos aglomerados urbanos, tendo-a implementado nos padrões propostos pela Fundação Rockefeller, aqui chegada em 1915, e cuja atuação em São Paulo se fez sentir principalmente entre 1920 e 1930 (Faria, 2002). A

partir de 1930 a União passará, com a criação do MESP, buscar a centralizar as políticas sanitárias e dar-lhes características nacionais, esforços intensificados após 1932, vencido o levante paulista.

Em conseqüência da crise administrativa e financeira do sistema previdenciário vigente, com origem na inconsistência atuarial do modelo, associada às fraudes e corrupção observadas nas caixas de aposentadoria e pensões, foi editado o Decreto No. 1954: todas as aposentadorias foram suspensas por seis meses e deu-se início à reestruturação. As CAPs começaram a ser unificadas, agora organizadas por categoria profissional e não mais por empresa, surgindo em seu lugar os Institutos de Aposentadoria e Pensões - o primeiro deles em 1933, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM). Seguiram-se os institutos dos bancários (IAPB), dos comerciários (IAPC), dos industriários (IAPI), e de várias outras categorias profissionais. Além das contribuições patronais e de empregados, os IAPs passaram a contar também com recursos governamentais para sua administração; o Estado também escolhia e nomeava seus presidentes (Leite e Velloso, 1963).

Até a reforma administrativa de 1937, empreendida por Gustavo Capanema, a estrutura do ministério pouco diferia daquela presente durante a primeira república. A partir de então, a denominação passou a ser Ministério da Educação e Saúde – MES; sendo criado o Departamento Nacional de Saúde, DNS, que se ocuparia não somente das questões de saúde pública, coordenando as ações dos Departamentos Estaduais de Saúde, mas também

das questões de medicina assistencial previdenciária. Estabelece-se uma política nacional de saúde dicotômica, organizada em dois sub-setores não comunicantes e concorrentes: o da saúde pública, de competência do MES, e o da medicina previdenciária, do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, MTIC. Ambos seguirão caminhos independentes e mesmo antagônicos até a criação do SUS em 1988. Ainda em 1937 foi criada uma primeira estrutura de saúde pública de dimensões nacionais, o Serviço Nacional de Febre Amarela, e em 1939 o Serviço de Malária do Nordeste, ambos contanto com a cooperação direta da Fundação Rockefeller (Hochman, 2005).

Na visão da época, eram necessárias estruturas verticais que se ocupassem de doenças específicas, não só de questões sanitárias. Em 1941 o DNS sofreu nova reestruturação, criando-se os serviços nacionais de lepra, tuberculose, febre amarela, peste, malária e doenças mentais, como o objetivo de cuidar das doenças alvo (Hochman, 2005). Como desdobramento dessa política, foram construídos hospitais, colônias, asilos e sanatórios com missões definidas por tipo de afecção.

A assistência médica, fundamentalmente urbana, centrava-se nos trabalhadores formalmente empregados em categorias profissionais reconhecidas pelo governo, oferecida pelas caixas e institutos de aposentadoria e pensões aos seus afiliados (Cohn. Elias, 1996). À parcela maior da população, não vinculada pela contribuição a nenhuma dessas instituições, cabia pouca ou nenhuma assistência médica formal: podia acudir-se nas santas casas ou nas entidades beneficentes. Ao menos nos maiores centros urbanos, onde estava presente o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência, SAMDU, criado em 1944 para os beneficiários dos IAPs, houve um aumento da pressão para

acessar os serviços de urgência oferecidos pela previdência social; afinal, tornava-se difícil limitar o atendimento, pois as ambulâncias podiam ser vistas circulando por toda a cidade.

Na zona rural, estavam presentes apenas os postos de controle de endemias e raros dispensários médicos. Mas a criação do Serviço Nacional de Tuberculose significou a primeira interação entre a medicina previdenciária e saúde pública, isto é, das práticas curativas individuais com as de caráter coletivo. Além disso, a centralização das atividades administrativas e a criação de agências de alcance nacional levaram à necessidade da especialização dos médicos do DNS e à criação de uma nova categoria de profissionais de saúde funcionários do Estado. Hochman (1999) ressalta que a dissociação das ações de saúde pública das de atenção médico-assistencial aos trabalhadores associados aos IAPs, resultou não somente da ação estratégica e compulsória do governo, mas também da recusa dos profissionais e dirigentes do DNS à incorporação de ações médico-curativas ao campo da saúde pública.

Do ponto de vista da produção do conhecimento médico e de sua prática, ainda predominava o modelo francês, não obstante a influência norte-americana a partir de 1916, sobretudo em São Paulo, com as ações da Fundação Rockefeller visando a reforma do modelo de ensino médico para alinhá-lo ao currículo e metodologia propostos pelo denominado Relatório Flexner de 1910.

Financiado pela *Carnegie Foundation* a pedido da *American Medical Association*, AMA (Starr, 1892), o relatório resultou em profundas modificações no ensino médico nos EUA, e o novo modelo tornou-se pauta de exportação para os mercados sob influência norte-americana. Inspirado no sistema de ensino alemão, baseava-se na racionalidade científica e centrava-se no ensino de disciplinas biológicas e práticas laboratoriais, objetivando gerar conhecimentos a serem acoplados às habilidades adquiridas na prática (Ferreira, 1999b). Uma das exigências do modelo, e talvez motivo de sua pouca repercussão no Brasil da época, era a de que os todos os professores, não só os de cadeiras básicas, deveriam ser pesquisadores e dedicar-se exclusivamente à vida acadêmica, renunciando à prática médica. Mas a maioria dos professores de medicina possuía clínicas de renome, e não se dispunha a abandoná-las por um salário; afinal, as atividades médicas eram exercidas em bases quase que totalmente liberais.

A *American Medical Association* e o Relatório Flexner

O ano de 2006 marca o centenário do estudo da *American Medical Association*, AMA, que examinou as então 160 escolas médicas dos Estados Unidos e classificou-as em categorias de A a C, segundo critérios estabelecidos pelo seu *Council on Medical Education*, CME. Ao ser criado em 1904, o conselho foi incumbido de elevar e padronizar os requisitos para a educação médica nos

EUA, então considerados bastante díspares. Esta foi uma das plataformas que motivaram jovens médicos de pensamento ortodoxo a criar a AMA em 1847, visando defender seus interesses contra o que consideravam médicos “irregulares”. Durante os 50 primeiros anos de existência a AMA teve pouca expressão (Starr, 1982). O conselho idealizou um padrão *mínimo* de requisitos para o ingresso na profissão, constante de quatro anos de ensino médio (*High School*), mais quatro de treinamento médico, dois deles em laboratórios de ciências básicas e dois outros de rotação clínica em hospital-escola, seguidos de um exame para o licenciamento. O currículo chamado de ideal estipulava um quinto ano de ensino médico e um sexto ano de internato hospitalar.

Com os critérios em mãos, a AMA iniciou em 1906 a inspeção das escolas médicas norte-americanas e aprovou apenas 82, consideradas Classe A. As escolas Classe B, 46 no total, apresentavam imperfeições segundo os critérios, mas poderiam ser recuperadas; restaram 32 escolas Classe C, tidas como sem possibilidades de salvação. Os resultados foram apresentados em um encontro da AMA em 1907, mas nunca publicados, pelo receio do clamor que poderiam provocar; decidiu-se convidar uma instituição externa para realizar um estudo semelhante, de caráter independente (Starr, 1982; Beck, 2006).

A escolhida foi a *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, fundada em 1905 pelo *Tycoon* do aço Andrew Carnegie e autorizada a funcionar pelo congresso norte-americano em 1906, mais uma das várias fundações criadas por milionários após as restrições à mobilidade de capitais introduzidas pelo *Sherman Act,* de 1890. Henry Pritchett, matemático e astrônomo, antigo diretor do *Massachusetts Institute of Technology*, MIT (1900-1906), foi escolhido por Carnegie para organizar a fundação, tendo-a presidido por mais de duas décadas. Em carta de 1908 endereçada a Pritchett, a AMA convidou a fundação para realizar o novo estudo, e Pritchett decidiu delegar a tarefa ao educador Abrahan Flexner, então desempregado, sem nenhum treinamento médico ou

científico, mas irmão de Simon Flexner, o presidente do *Rockefeller Institute for Medical Research* (Starr, 1982; Tauber, 1992: Beck, 2006).

Pritchett teve algum trabalho para convencer o conselho da fundação da adequação de sua escolha, mas superado o obstáculo, Flexner planejou focalizar cinco pontos que considerava fundamentais para a realização de seu trabalho:

- quais eram os requisitos para a admissão na escola em questão e verificar se os mesmos eram de fato exigidos;
- quantos professores compunham o corpo docente e qual o seu treinamento;
- qual o montante de recursos disponível para sustentar a escola, oriundo de doações e mensalidades, e como era feita sua alocação;
- a qualidade e adequação dos laboratórios, e a qualificação e treinamento de seus professores;
- a relação da escola com os hospitais onde se fazia o ensino.

Iniciando seu trabalho em janeiro de 1909, Flexner o completou em abril de 1910. Hiatt (1999) enfatiza a exigüidade do tempo disponível para visitar 155 escolas nos EUA e no Canadá, e relata que Flexner as teria executado em um período de 180 dias de trabalho efetivo, com a média de 1,2 dias para viajar e visitar cada escola. Somente em um período de 90 dias, o pesquisador teria visitado 69 escolas, com constantes retornos a Nova York depois de cada viagem para relatar os achados. O próprio Flexner comenta a rapidez com que o trabalho foi executado, descrevendo sua ação em uma das escolas visitadas:

> Em meia hora ou menos, eu pude colher amostras das credenciais dos estudantes...certificar-me dos requisitos de matricula...e determinar se os padrões...mencionados no catálogo da escola estavam sendo aplicados ou não. Algumas perguntas tornaram claro

se o corpo docente compunha-se de médicos locais...ou a extensão dos esforços feitos para obter professores adequadamente treinados alhures. Uma única pergunta esclareceu o montante do faturamento de uma escola médica, e uma ligeira operação aritmética feita de cabeça mostrou o montante disponível para professores em tempo integral ou para distribuição como "dividendos" entre os médicos praticantes que eram "professores". Um passeio pelos laboratórios desvendou a presença ou ausência de aparelhos, espécimes de museu, biblioteca e estudantes; uma fungadela contou a história de como a anatomia era cultivada. Finalmente, a situação com respeito às instalações clínicas foi prontamente esclarecida por algumas perguntas dirigidas em sucessão – e separadamente – para o diretor da escola, para os professores... e o superintendente do hospital – perguntas destinadas a aquilatar a extensão dos direitos de que a escola gozava nos hospitais mencionados no catálogo, ou se se tratavam de meras cortesias.

No decurso de poucas horas uma estimativa confiável pode ser feita com respeito às possibilidades de ensino da medicina moderna em quase qualquer das 155 escolas que visitei" *(Flexner, 1940).*

Publicado em junho de 1910, o trabalho *Medical Education in the United States and Canadá*, conhecido como Relatório Flexner, em sua primeira parte apresentava uma visão de como deveriam ser as bases da educação médica nos EUA na opinião de Flexner; fazia uma recomendação de currículo, discutia

seus aspectos financeiros e propunha um plano para a sua reconstrução, seguindo-se a segunda parte com críticas nominais, abertas e contundentes contra grande número de escolas médicas. A obra provocou muitas reações de apoio e crítica, tanto nos meios médicos como entre leigos. O JAMA, *Journal of the American Medical Association*, publicação oficial da patrocinadora do estudo, comentou que '*embora possam existir afirmações que poderiam ser criticadas no relatório da fundação, de modo geral as afirmações são vistas como verdadeiras por aqueles que estão em uma posição de julgamento"*. Outras publicações, como o *New York State Journal of Medicine* acusou a fundação de tentar "*ditar as políticas*" e portanto "*ameaçar a liberdade*" das escolas médicas (Berliner, 1985).

O trabalho foi apresentado como uma avaliação neutra e independente, mas o que não se conhecia na ocasião era o estreito relacionamento entre a AMA e a Fundação Carnegie, mantido oculto aos olhos do público de forma a poder influenciar sua opinião, mas bem documentado nos anais do CME (Berliner, 1985). Também não se sabia o quanto o trabalho de Flexner favorecia os interesses da AMA, da fundação e do *Rockefeller General Education Board* – GEB, criado em 1902 pelo milionário do petróleo John D. Rockefeller para a distribuição de doações a agências e instituições já existentes. O relatório criticava severamente as escolas com fins lucrativos e de propriedade de seu próprio corpo docente, por serem auto-suficientes e poderem prescindir de auxílio e ingerência externos. Evidentemente, essa independência não era bem-vista nem pelo GEB, nem pela Fundação Carnegie ou pela AMA (Berliner, 1985).

Mas, quais os interesses da AMA ao realizar o estudo iniciado em 1906, continuado em 1908 pela Fundação Carnegie e publicado em 1910?

Contrariamente ao que ocorria no Brasil, a profissão médica nos EUA não gozava de grande prestígio junto à opinião pública no final do século XIX e início

do século XX. Os médicos tampouco auferiam bons rendimentos, sendo freqüentemente aconselhados a buscar meios adicionais para a obtenção de renda de subsistência, sobretudo nas áreas rurais (Starr, 1982). Havia ainda grande concorrência entre as várias vertentes da medicina, competindo entre si econômica e ideologicamente, notadamente entre os alopatas e os homeopatas, mas sem esquecer os ecléticos, os fisiomédicos e os osteopatas (Berliner, 1975). Com visão alopática, a AMA pretendia excluir da profissão as chamadas "seitas não alopáticas", o que a seu ver elevaria o prestígio da classe junto à opinião pública (Hiatt, 1999). Também almejava reduzir a "superprodução" de médicos por meio da criação de barreiras de entrada, reduzindo o número de escolas médicas de 155 para 31 e aumentando os obstáculos para o ingresso na profissão, resultando na diminuição da competição e na elevação dos rendimentos médicos. Nas palavras de Flexner "*melhor uma elite bem paga do que uma horda mal paga*" (Flexner, 1910 e 1940).

Trechos de uma carta de Pritchett a Arthur Bevan, presidente do CMR da AMA, reproduzida em Berliner (1985), esclarecem o quanto os trabalhos da fundação Carnegie seguiam as linhas gerais do trabalho iniciado em 1906 pelo conselho:

> "Em todo esse trabalho de exame de escolas médicas temos sido mão e luva com o Sr. e o seu comitê. De fato, nós apenas tomamos o assunto e fomos em frente com o exame de forma muito semelhante à que os Srs. vinham fazendo, exceto que, como uma agência independente sem conexão com a prática, podemos fazer certas coisas que os Srs. talvez não possam. Quando nosso relatório sair, ele será munição em suas mãos. É desejável, portanto, manter nesse meio tempo uma posição que não revele uma imediata conexão entre nossos dois esforços".

De qualquer forma, importa que o relatório Flexner, mesmo apresentando um diagnóstico apressado e viezado, teve impacto profundo e duradouro na

educação médica e a prática da medicina nos EUA, efeito esse que mais tarde viria a ter alcance global, notadamente no pós-guerra. A implantação da reforma Flexner permitiu atingir os objetivos da AMA, que cresceria de importância a partir de 1910 e se transformaria nas décadas seguintes na principal entidade representativa dos interesses médicos, e a partir daí controlaria os destinos da classe (Starr, 1982).

A adoção de um currículo centrado no treinamento científico, enfatizando a formação de especialistas, produziu a hegemonia do pensamento alopático intervencionista e provocou uniformização e elitização do ensino médico, pois os padrões exigidos eram bastante onerosos para as escolas, tornadas dependentes das doações das fundações. Forçou-se também maior seletividade na admissão de candidatos, antes quase mera formalidade, levando à redução do número de escolas, e, conseqüentemente, do número de profissionais no mercado. O aumento das barreiras de entrada, a diminuição do número de escolas médicas e a maior regulação da profissão, ocasionaram diminuição do número de médicos e aumento de seus rendimentos, ao passo que o fechamento de escolas para mulheres e negros produziu maior homogeneidade dos profissionais quanto ao gênero e etnia. Mais importante ainda, permitiu o controle a partir dos interesses corporativos e não a partir das necessidades dos pacientes e comunidades (Hiatt, 1999).

Além de promover os interesses da AMA, a reforma Flexner ainda os tornou compatíveis com os da ascendente indústria subjacente, pois esta enxergava na medicina assistencial um campo promissor de investimento e consumo de tecnologia (Berliner, 1975).

1942: Tio Sam chega ao Brasil.

Dados os acontecimentos políticos, o ano de 1942 é emblemático por marcar definitivamente o alinhamento brasileiro aos interesses norte-americanos no continente, depois de oscilar, durante alguns anos, entre os EUA e a Alemanha (Moura, 1980). A partir desse alinhamento, crescerá a influência norte-americana sobre o modelo de produção de serviços de saúde, até tornar-se hegemônica, embora de modo não tão abrupto como ocorreu com outros aspectos do quotidiano nacional. Naquele ano, Tio Sam chega ao Brasil (Moura, 1985).

Prenunciando um conflito de dimensões mundiais, a diplomacia norte-americana promove a partir de 1936 uma série de conferências para garantir o apoio em bloco das nações latino-americanas no caso de um ataque. Nasce a partir daí a política de boa vizinhança (Gambini, 1977). Do Brasil, o presidente Franklin Delano Roosevelt desejava a anuência para a construção de bases militares para o trânsito de aviões, tropas e suprimentos rumo ao norte da África, bem como o fornecimento de materiais estratégicos para o esforço de guerra, e o rompimento de relações com os países do Eixo. Roosevelt acenava com a possibilidade do desembarque de tropas norte-americanas caso não obtivesse o desejado (CPDOC, 2006). Tio Sam chegava definitivamente ao Brasil, e a política de eqüidistância pragmática tornava-se cada vez mais inviável, dado o esgotamento do poder de barganha do governo brasileiro (Moura, 1985).

Vargas desejava conseguir recursos para a construção da Companhia Siderúrgica Nacional, essencial para o desenvolvimento do País, e para re-equipar e modernizar as forças armadas, caso fosse necessário o Brasil assumir qualquer papel que não o meramente figurativo no conflito que se avizinhava. Com a entrada dos Estados Unidos no conflito em dezembro de 1941, o processo de negociação do alinhamento chega ao final e torna-se inevitável o rompimento de relações diplomáticas com os países do Eixo, tornado efetivo em janeiro de 1942. As conseqüências não tardam: navios brasileiros são torpedeados na costa ou em rota para portos norte-americanos, culminando com

cinco afundamentos em agosto de 1942; a população sai às ruas, o clima de revolta se instala e a guerra é declarada. (Gambini, 1977; Moura, 1980).

O Brasil passa a americanizar-se pela disseminação cultural coordenada pelo *Office of the Coordinator of Inter-American Affairs*, OCIAA. Criado em 1940 como parte da estratégia de boa vizinhança, chefiado por Nelson Rockefeller, atuava sobre as áreas de relações culturais, comunicações, comerciais-financeiras e de saúde, com a cooperação do Departamento de Imprensa e Propaganda, DIP. O padrão jornalístico norte-americano foi introduzido, revistas como Seleções do Reader's Digest ganharam edição em português, trazendo em suas páginas o apelo do consumo do *american way of life*; a Coca-Cola irá substituir os sucos de frutas e os enlatados passarão a fazer parte da mesa da classe média brasileira (CPDOC, 2006). Os programas radiofônicos e o cinema atuam como difusores culturais e ideológicos, e para fomentar a amizade e a política de boa vizinhança, Carmem Miranda é elevada a símbolo da cultura brasileira nos Estados Unidos e é criado o papagaio "Zé Carioca".

Por ação do OICAA em função das necessidades estratégicas norte-americanas, foi criado em1942 o Serviço Especial de Saúde Pública, SESP, custeado por convênio com o governo dos EUA. Nesse ano a Fundação Rockefeller retirou-se formalmente país, mas antes garantiu a passagem de suas atividades para o novo órgão, o qual continuou a financiar a distância (Campos, 1999). A educação médica, o treinamento de enfermeiras e o controle da malária são os focos de atenção do órgão, cada um deles com um objetivo definido. Os profissionais da saúde receberão instruções para adotar o padrão de produção norte-americano, e o controle da malária tem por finalidade aumentar a produção de materiais estratégicos para o esforço de guerra, notadamente a de borracha na Amazônia, e a de manganês no vale do Rio Doce. O SESP assumiu progressivamente funções de saúde pública no norte e nordeste, como parte do esforço conhecido como a "batalha da borracha", e foi

apoiado pela Fundação Ford em função dos interesses do projeto seringueiro de Fordlândia.

O início do complexo médico-hospitalar

Com a implantação do modelo flexneriano nas escolas médicas norte-americanas, tem início o triângulo de cooperação entre estas, as instituições financiadoras e a nascente indústria de medicamentos. Já a partir dos anos 20 essa associação adquiriria importância econômica; as primeiras drogas sintéticas importantes apareceram em meados do século XIX, com o desenvolvimento da indústria química fina, pois até então predominavam os medicamentos naturais, de estrutura química desconhecida (Rozenfeld, 1988). O advento da indústria farmacêutica permitiu a síntese de novas drogas mais potentes, e acima de tudo patenteáveis, cuja produção ensejou a possibilidade do lucro capitalista para as novas indústrias, as quais passaram convencer o médico a adotá-las na sua prática profissional.

Até a I Guerra Mundial, coube à Alemanha a liderança na produção farmacêutica. Com o início das hostilidades, a Inglaterra, a França e os EUA precisaram desenvolver suas próprias indústrias, não mais podendo abastecer-se no mercado alemão. Grande desenvolvimento da indústria farmacêutica se deu no período entre guerras, principalmente a partir do descobrimento das sulfanilamidas nos anos 30, primeiro grupo de antimicrobianos a ser comercializado. Silverman (1974) considera a introdução da penicilina nos anos 40, e mais tarde sua produção em larga escala, como o fator gerador do *boom* da terapia medicamentosa, seguindo-se a descoberta de outros antimicromianos como a estreptomicina, a clortetraciclina e o cloranfenicol (Rozenfeld, 1988).

Ainda nos anos 40, durante a II Guerra Mundial, a produção de soros e vacinas foi incrementada pela necessidade de proteger os militares contra grande

número de doenças contagiosas presentes nos campos de batalha, o que teria garantido lucros de até 576% para empresas do setor, com a produção de 200 milhões de doses (Bealle, 1976). Essa pujança industrial estava distante do Brasil, pois, não havendo indústrias de base, tampouco poderiam existir desenvolvimento industrial; havia, sim, a produção de soros e vacinas em estabelecimentos governamentais, mas sem expressão econômica.

Dadas as características artesanais do trabalho médico, diagnóstico e tratamento prescindiam de sofisticação tecnológica; quase todos os instrumentos de trabalho do médico poderiam ser levados em sua maleta, resumindo-se em poucos itens de custo acessível. Mas a necessidade de produzir serviços médicos em grandes volumes, inclusive nos campos de batalha, estimulou o desenvolvimento da tecnologia médica nos *campi* das melhores universidades norte-americanas. A pesquisa passou a contar com verbas oriundas de programas militares, de forma a permitir levar o hospital e toda a estrutura de pronto atendimento o mais próximo possível do *front*, como forma de reduzir a mortalidade em combate, permitir o rápido atendimento de feridos e sua evacuação para hospitais de retaguarda, e proporcionar os melhores cuidados reparadores e de reabilitação.

Novas técnicas cirúrgicas tornaram-se possíveis a partir da disponibilidade de novos materiais, o que por sua vez impulsionou a indústria a produzir novos insumos e equipamentos, no início de uso apenas militar, mas logo que possível, tornados disponíveis nos melhores hospitais norte-americanos e incorporados na prestação de serviços.

A união do modelo flexneriano de ensino médico com as dotações das fundações mantenedoras e as verbas governamentais de pesquisa, com a indústria farmacêutica e a de materiais e equipamentos médicos, produziu um ciclo virtuoso de desenvolvimento, potencializado pelo aparecimento de novas drogas e equipamentos cujo resultado financeiro permitiu o re-investimento em

pesquisa e desenvolvimento de drogas, materiais e equipamentos mais desenvolvidos ainda. Os novos medicamentos se constituíram no meio de excelência do trabalho médico até os anos 60, quando o fator de expansão passou a ser o conjunto de novas tecnologias (Giovanni, 1992).

Emergindo do conflito como a maior economia do planeta, os EUA possuíam imensa capacidade industrial instalada. Após suprir a demanda do mercado interno por bens de consumo dos anos de racionamento, havia a necessidade de atender os mercados antes dominados pelas potências industriais vencidas ou destruídas pela guerra. A vitória foi possível pela capacidade industrial norte-americana, e era necessário encontrar novas aplicações para materiais e tecnologias desenvolvidos para o esforço de guerra. Rapidamente, sob o mote do progresso científico e da inovação, muitas das atividades humanas são transformadas em mercadorias ou atividades rentáveis, desse processo não escapando também a saúde. Está novamente presente a ameaça de todo o sistema econômico sucumbir sob o peso do excesso de produção, e a saída é vender, vender.

No campo das idéias, com a Europa em ruínas, o intercâmbio profissional e acadêmico se concentrou no eixo norte-sul do continente americano. Bolsas de estudo foram disponibilizadas para profissionais “promissores”, alinhados com o pensamento norte-americano, formadores de opinião ou disseminadores de experiências e aptidões adquiridas durante seu aprendizado nas academias dos EUA. Para lá seguiram médicos, pesquisadores, enfermeiras e outros profissionais da saúde; serão capacitados nas modernas práticas de atenção à saúde do modelo flexneriano.

No caso brasileiro, repetiu-se o ocorrido quando da implantação da política de capacitação técnica dos quadros dos serviços nacionais e estaduais de saúde pública, a partir de 1938, com a ida de médicos para os EUA e o treinamento nos próprios serviços do DNS, formando-se uma elite médica que ocuparia os

cargos na hierarquia da saúde pública (Hochman, 2005). Nos anos 50, havia um já expressivo número de médicos retornados dos EUA que seguiria o modelo flexneriano; a resistência à sua implantação recuou, surgiu o modelo cientificista de atenção médica.

O processo repetiu-se em outras profissões técnicas, um fluxo contínuo de membros da elite pensante retorna ao país com hábitos de vida e consumo norte-americanos, disseminando-os a partir da chegada e reforçando as atividades do *Office of Inter-American Affairs*, agora responsabilidade da embaixada dos EUA (Moura, 1985). A hegemonia estendeu-se às produções culturais, técnicas e científicas, aos modelos profissionais, e até à educação; não poderia deixar de atingir o ensino médico.

A partir de então, as concepções da reforma Flexner seriam incorporadas institucionalmente nas escolas de medicina brasileiras, e sua introdução mais ampla também serviria aos interesses corporativos da Associação Médica Brasileira, AMB, inspirada na AMA e criada em 1952, então em processo de organização e fortalecimento (Ferreira, 1999). Ao longo das décadas de 50 e 60, ocorrerá maior tecnificação, com multiplicação das especialidades médicas. O médico de família, que resolvia todos os problemas e via o paciente como um todo, passa a escassear, e a ênfase se dará na formação do especialista, cuja visão é a do corpo como um conjunto de partes que passam a receber atenção fragmentada, não integral.

Em 1951, durante o segundo governo Vargas, formou-se a Comissão Mista Brasil-Estados Unidos com a finalidade de obter ajuda técnica nos campos da defesa, educação, saúde, agricultura e planejamento econômico, condicionada à adoção dos modelos norte-americanos nos campos em tela, e da compra de equipamentos produzidos nos EUA. Em decorrência dos trabalhos, foram criados o BNDE (1952), o Conselho de Desenvolvimento para Coordenação Econômico-Financeira, e o Plano de Metas (1956), este já no governo de

Juscelino Kubistcheck, uma tentativa de submeter o desenvolvimento nacional à supervisão do governo, tendo como alvo os setores de transporte, energia, indústrias siderúrgica, de papel, de cimento, automobilística, naval, e de bens de capital, bem como a construção de Brasília (Brasil, 2006).

O Ministério da Saúde foi criado em 1953, mas no desmembramento do Ministério da Educação e Cultura, coube-lhe apenas um terço da dotação orçamentária vigente, seguindo basicamente a estrutura do extinto Departamento Nacional de Saúde para cuidar das atividades de saúde pública, permanecendo a medicina curativa previdenciária sob o encargo dos IAPs, do MTIC. Já em meados dos anos 50 era possível notar mudança no perfil dos gastos com saúde: crescia a prestação de serviços de assistência médica, tanto por via da pressão da massa trabalhadora urbana, ampliada com a migração do campo nos anos 40 e 50, como pelo incremento dos gastos decorrentes da tecnificação da atividade médica, ao passo que se verifica o correspondente decréscimo na atividade de saúde pública. Ao mesmo tempo, começa a apresentar sinais de deterioração o financiamento do sistema previdenciário, cujas características são assim descritas por Braga (1986), a partir do Plano de Metas.

- Contribuições previdenciárias como principal fonte de financiamento
- Prestação de serviços crescentemente vinculados à rede privada
- Especialização e tecnificação da mão de obra
- Elevado grau de utilização de equipamentos médicos e fármacos, privilegiando o hospital como o local da prestação dos serviços
- Crescente importância das indústrias farmacêutica e de equipamentos e dependência externa quanto a formas de controle de capital, tecnologia empregada e importação de equipamentos e matéria-prima
- Tecnologia de ponta na produção de insumos e prestação do ato médico

- Taxas de crescimento do setor superiores às taxas do restante da economia
- Dinâmica do setor apoiada no tripé formado por Estado, empresa nacional e indústria estrangeira
- Caráter corporativo dos profissionais e exercício de pressões políticas pelos beneficiários.

Estabelecido o padrão, tornava-se necessário ampliar sua base de consumo.

Poucas mudanças ocorreram no Ministério da Saúde e nos IAPs até os anos 60, mas cresceu no período o alinhamento do pensamento médico brasileiro ao modelo científico-tecnicista, formando-se as bases que mais tarde colocariam o sistema em movimento. Coube às instituições médicas estruturar e definir, por intermédio das universidades e dos médicos, o que é "ciência médica", qual o verdadeiro saber com relação à saúde, o que é estar doente ou estar saudável (Luz, 1979). Ao mesmo tempo negou-se legitimidade a todo saber considerado "sem validade científica", ou não alinhado ao modo de produção capitalista, do que decorreram atitudes na prática social com repercussões econômicas no trabalho, nos hábitos de consumo de medicamentos e nos apelos ao sistema político para melhoria e recuperação da saúde, via instituições médicas.

Ainda, Luz (1979) enfatiza haver uma distinção entre saúde e medicalização. Quando se fala de saúde, fala-se na verdade não das condições de sanidade e bem estar, mas de doença, a ser contida ou prevenida, se possível eliminada, mas no caso, saúde remete à medicalização e às instituições médicas. Durante os primeiros anos da década de 60, cresceram os clamores da classe trabalhadora por melhoras nos padrões de atendimento e nas condições de funcionamento dos hospitais, exigências essas traduzidas pelos interesses socialmente dominantes como unificação da previdência e universalização da assistência médica hospitalar. Dessa forma, na visão da autora, havia uma contradição entre as reivindicações populares e sua recuperação no nível

político, pois esta se dará sem o atendimento daquelas reivindicações, visto ser a universalização da atenção médica um projeto conduzido pelas instituições médicas, beneficiárias também de uma proposta de unificação dos IAPs.

A Lei Orgânica da Previdência Social, LOPS, de 1960, foi passo importante no caminho da unificação dos institutos de previdência, pela via da uniformização das contribuições, do custeio e estrutura administrativa dos seis IAPS existentes. Objetivava ainda uniformizar os benefícios dos trabalhadores, o que não foi alcançado, visto terem os IAPs distintas situações financeiras e oferta de benefícios, tanto qualitativa como quantitativamente. Todavia, a partir da LOPS evidencia-se um projeto político de centralização-generalização da atenção médica curativa, que doravante ganhará força institucional (Luz, 1979; Braga, 1986).

Também em 1960, o Serviço Especial de Saúde Pública, SESP, foi transformado em fundação e vinculado ao Ministério da Saúde, restando-lhe ainda bastante autonomia. Acusado de espelhar práticas norte-americanas e de aplicá-las no Brasil, era bastante combatido pelo discurso sanitarista-desenvolvimentista vigente no Ministério da Saúde e evidenciado no discurso de abertura do presidente João Goulart na III Conferência Nacional de Saúde em dezembro de 1963:

> *"O investimento público no setor saúde torna-se um desperdício de recursos quando empregado em serviços especializados e de elevado custo, satisfazendo a pequeno número de pessoas, e no mais das vezes, representando a transferência para o Tesouro de despesas que deviam correr por conta daqueles que realmente usam tais serviços."*

A estrutura hospitalar brasileira na época dos IAPs se baseava fortemente nas instituições públicas, filantrópicas e de misericórdia, sendo a atuação dos hospitais privados discreta, supletiva, iniciando-se por meio de convênios promovidos pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários, IAPI,

com empresas e casas de saúde, pressionado que foi pelos seus beneficiários. Embora bem organizado administrativamente, não possuía grande estrutura para a assistência médica (Luz, 1979). Mas isso iria mudar a partir do golpe militar de abril de 1964.

A consolidação do modelo e os embates pós 1964

Podemos pensar em dois degraus sucessivamente galgados para a constituição do modelo médico-hospitalar: o da “revolução terapêutica” e o da “revolução tecnológica”, ambos contando com três elementos importantes para o seu desenvolvimento e consolidação. O primeiro, a conversão dos profissionais de saúde ao novo modelo, pela via do treinamento local e no exterior dos principais formadores de opinião; o segundo, o apoio do Estado na adoção do novo modelo, consubstanciado no referenciamento das novas práticas especializadas e tecnificadas, com sua adoção nos currículos acadêmicos, bem como no alinhamento do modelo nacional de atenção à saúde ao modelo norte-americano, privilegiando a assistência médica, aqui previdenciária, com o conseqüente adensamento das instituições hospitalares e da tecnologia embarcada, contrapondo-se às medidas de medicina social, isto é, prevenção e promoção de saúde, práticas estas não tecnologia intensivas e portando, de pouco interesse econômico por não serem geradoras de excedentes.

Por fim, o progressivo substabelecimento de competências na prestação dos serviços para a iniciativa privada, decorrente do crescente e futuramente hegemônico domínio dos destinos do sistema pelos prestadores de serviços, os quais, doravante associados ao Estado, decidirão o caminho seguir conforme seus interesses.

Os anais da III Conferência Nacional de Saúde reconheciam as estreitas relações entre saúde e economia, e a necessidade de estruturas permanentes

de saúde a situarem-se no nível municipal, com a assistência estadual e federal. Além de serem adequadas às reais necessidades e possibilidades locais, deveriam empenhar-se em atividades passíveis de execução por pessoal de nível auxiliar, sem a presença do médico. Durante o evento, o Ministério da Saúde apresentou um relatório enfatizando as necessidades de planejamento, racionalidade e eliminação de desperdícios e ociosidade na utilização de equipamentos para ampliar a base de atendimento e reduzir os custos de forma a alinhar suas atividades ao plano geral de desenvolvimento econômico social, e uma preocupação em regrar as práticas institucionais.

Estava posta uma tensão entre descentralizar e centralizar decisões e ações. O discurso sanitário-desenvolvimentista, favorável à descentralização, propunha a municipalização dos serviços de saúde, contra o projeto privativista e centralizador da medicina curativa previdenciária.

A AMB já se decidira pela posição contrária à intervenção ampliada do Estado na assistência médica, e contra o que denominava "empreguismo", pois se colocava a favor da livre escolha do médico pelo paciente, ao mesmo tempo em que louvava os frutos da colaboração da indústria farmacêutica no incremento da produtividade médico-assistencial (Luz, 1979). Entre 1960-64 há uma crise de hegemonia no discurso institucional, sem que nenhum dos lados consiga tornar-se hegemônico, mas há uma clara percepção de que o discurso desenvolvimentista, mais sanitarista do que assistencialista, tem conotações ideológicas.

Com o golpe militar de abril de 1964, cairão por terra os planos produzidos a partir da III Conferência Nacional de Saúde, e nos anos seguintes, entre 1965-67 ocorreu um período de centralização administrativa, racionalidade,

planejamento, crescimento da burocracia e normalização no Ministério da Saúde, mas ao mesmo tempo se iniciou uma progressiva queda na sua participação das despesas da rubrica saúde feitas pela União.

Em 1966 foi proposta a reforma previdenciária a partir da Lei Orgânica da Previdência Social, levando à fusão compulsória dos IAPs. Cria-se o Instituto Nacional de Previdência Social, INPS, subordinado ao Ministério do Trabalho e da Previdência Social. A antiga dicotomia entre a medicina curativa e as propostas sanitaristas se acentuam, enquanto a medicina curativa se orienta para a divisão do trabalho com a especialização crescente e busca os caminhos do mercado, configurando a prática do controle da demanda pelos ofertantes de serviços de saúde. Enquanto isso, as sociedades médicas se fortalecem, sobretudo a AMB, e os hospitais passam a ser representados pela Federação Brasileira de Hospitais, FBH. Ambas as instituições conjugarão esforços para o estabelecimento de uma atenção médica privatizada, influenciando o Estado a favorecer seus interesses nas futuras políticas de saúde.

A profissão médica no Brasil, ao contrário dos EUA, teve um começo elitizado e de proximidade com poder. Até o final da década de 60, havia apenas um pequeno número de escolas médicas, na maioria públicas, mas ocorreu uma grande expansão ensino médico, com crescente e predominante participação do setor privado, transformando a própria formação do médico em um negócio. Tais mudanças decorreram das pressões das camadas médias da sociedade para o atendimento de suas aspirações de acesso ao ensino superior e ascensão social, e também das questões postas pela industrialização.

Nesse meio tempo, e a partir de 1964, o segmento privado de atenção à saúde desenvolveu-se, com a criação das diversas modalidades de planos de saúde e a multiplicação de suas operadoras, como veremos adiante. Havia uma proposta de universalização da assistência médica, que só ocorrerá muito mais tarde, mas deu-se uma tomada de posição com relação à ampliação da assistência

médico-hospitalar, focada na utilização da rede hospitalar privada, pequena e pouco expressiva como vimos, mas que terá incentivos estruturais e financeiros para que se organize e se torne dominante (Mendes, 1996).

Os hospitais privados, antes restritos às misericórdias e beneficências, floresceram e prosperaram por meio de convênios com o INPS, até ocupar um espaço maior que o do segmento público. Esse casamento de conveniência durará enquanto o Estado puder financiar a sua expansão, e até os planos de saúde tornarem-se suficientemente desenvolvidos para que os hospitais privados possam migrar para esse novo e interessante mercado.

Em 1977, nova reestruturação, com a criação do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social, INAMPS, que assumiu as atividades relacionadas com a assistência médica previdenciária, ficando com o INPS apenas as atividades de previdência social.

O sistema de saúde hoje

Do artigo 196 da Constituição de 1988, consta que “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, mas esse direito tem muito a ver com os interesses organizados que permeiam o setor. Existe um Sistema Único de Saúde, SUS, com componentes nas três esferas de governo, do qual todo cidadão brasileiro participa, e um sistema suplementar de saúde, composto pelas denominadas operadoras de planos de saúde, com cerca de 40 milhões de pessoas como beneficiários. Na verdade, ambas as estruturas são inter-comunicantes, dado que na ponta da prestação dos serviços de saúde, encontram-se várias estruturas não governamentais, filantrópicas, beneficentes, com finalidade de lucro, etc., e que, a não ser nos grandes centros, na maioria das vezes prestam serviços tanto ao SUS quanto ao sistema supletivo. Por outro lado, existem

também estruturas públicas de saúde que atendem o sistema supletivo. O mercado particular de serviços de saúde, com o cliente pagando diretamente os custos do atendimento, praticamente desapareceu. Hoje as transações são intermediadas por um terceiro pagador, o SUS ou uma operadora de planos de saúde.

O SUS concretizou as aspirações dos movimentos sanitaristas ao longo de todo o processo de construção dos direitos de cidadania, das lutas para que uma assistência universal à saúde, com diversidade de bases de financiamento e com equidade, pudesse ser estendida a toda a população. Criado após o final do período de ditadura militar, trazia no bojo a promessa de se constituir em uma estrutura descentralizada, de assistência integral, focada nas atividades preventivas, porém sem prejuízo do atendimento assistencial, e com a participação da comunidade em sua gestão. Passados quase vinte anos de sua criação, a promessa ainda está bastante distante de ser uma realidade nacional, embora muitos avanços tenham sido feitos e existam ilhas de excelência no atendimento, principalmente nos procedimentos mais complexos, como transplantes, por exemplo.

Já a assistência suplementar surgiu da necessidade de expansão das atividades médicas curativas, tanto por pressão sindical quanto por pressão da vertente assistencialista da medicina. Na lógica do capital, com a acelerada divisão e tecnificação do trabalho médico, mais a intensificação da formação de especialistas e a expansão da rede hospitalar privada, tornara-se necessário ampliar o mercado de trabalho pela via da oferta. Por sua vez, a tecnificação da medicina exigiu a instalação de uma indústria local de materiais médicos, tendo em vista os controles governamentais sobre o balanço de pagamentos e a restrição à importação de materiais de consumo e de tecnologia menos sofisticada. Hoje a produção de insumos nacionais é bastante desenvolvida, mas focada nos equipamentos de tecnologia já dominada pelo parque industrial nacional; dependemos ainda da importação de equipamentos de tecnologia de

ponta, visto que os investimentos em pesquisa e desenvolvimento são escassos, e as associações entre indústria e universidades que virtualmente inexistem.

Dada a interpenetrabilidade dos sistemas público e privado de saúde, que no mais das vezes co-existem nas mesmas instituições e contam com os mesmos profissionais, há também uma identidade nos problemas observados em ambas as instâncias. De um lado, modelos de gestão excessivamente burocratizados, decalcados dos antigos IAPs ou do INPS, por certo dotados de certa modernização aparente ao longo das décadas de operação, mas quando se procede à uma análise de organização e métodos, fica clara e patente a paternidade das rotinas operacionais e o veio genealógico da estrutura organizacional e de sua cultura.

Há uma idéia geral que a origem dos problemas do sistema encontra-se no financiamento insuficiente, e aponta-se como solução o aporte de mais recursos. Neste ponto é fundamental não confundir a escassez de recursos com deficiências estruturais – e é esta última, antes do orçamento, que deve ser alvo de reflexão. Se existem falhas operacionais gerando descompassos financeiros, adicionar mais recursos ao sistema resultará no seu equilíbrio temporário; sem a remoção das causas estruturais, o desequilíbrio logo se reinstalará, produzindo novos reclamos por mais financiamento. Os problemas têm origem na própria formulação do sistema, que privilegia o consumo de procedimentos tecnologia-intensivos sem correlacioná-los aos resultados obtidos, ou com o ganho de anos de vida saudável.

Há um conflito de interesses entre médicos, prestadores de serviços e financiadores do sistema; estes desejam limitar os gastos *per capita* em procedimentos diagnósticos e terapêuticos, enquanto médicos e prestadores são remunerados por procedimentos executados, portanto têm interesse em

maximizar seus ganhos por meio da realização de tantos procedimentos quanto possível, sendo potencialmente indutores do consumo.

A indústria farmacêutica e a de materiais e equipamentos médicos também têm interesse no incremento do consumo de seus produtos, portanto podem atuar como indutores junto aos médicos que os prescrevem e utilizam em procedimentos, chegando ao oferecimento de incentivos financeiros para tanto, assunto bastante delicado. Os hospitais, que hoje obtém entre 30-40% de sua receita com a comercialização de materiais e medicamentos, são outros interessados em incrementar suas vendas. Uma relação bastante complexa, reforçando a idéia de que para se entender a saúde, é necessário levar em conta as dimensões organizacionais, econômicas e políticas simultaneamente.

No campo do SUS, avanços importantes na otimização da gestão vêm sendo conseguidos com o estabelecimento de contratos de gestão entre o gestor público e as organizações da sociedade civil de interesse público, as OSCIPs. O processo iniciou-se por São Paulo e encontra-se em implantação em outros estados; os primeiros resultados dos indicadores mostram aumento da produtividade e qualidade do atendimento e queda de até 40% nos custos, o que deveria ensejar aplausos generalizados. Ao contrário, há severas críticas de setores que reclamam da privatização da saúde, não obstante a maior eficiência e economia. Mais uma vez, interesses organizados na saúde oferecem resistência à mudança, e esse será provavelmente o próximo embate entre forças em oposição.

A atenção à saúde como mercadoria

A partir de meados do século XX, a produção de serviços de atenção à saúde evoluiu de um sistema tradicional de trabalho artesanal para uma complexa

estrutura médico-hospitalar, até atingir nos anos 80 o que Relman (1980) denominou de complexo médico-industrial. Em pouco mais de 50 anos, o sistema sofreu transformações importantes que modificaram substancialmente suas feições. Os instrumentos de trabalho, antes relativamente simples e de posse do médico, tornaram-se tecnologicamente complexos e necessitaram da construção de estruturas igualmente complexas para sua instalação e operação, passando os hospitais a se constituírem nos centros de atenção à saúde e local privilegiado do trabalho médico. Também os medicamentos tornaram-se tecnologicamente sofisticados e em evolução contínua, com vida útil relacionada ao período de proteção de suas moléculas originais por patentes, e não necessariamente com sua eficácia terapêutica.

O elevado grau de tecnologia embarcada e sua rápida obsolescência fazem da atividade de prestação de serviços de saúde algo que requer altos e contínuos volumes de financiamento, afastando a figura do médico de uma posição central para a de mão-de-obra especializada. A posição central pertence agora a um terceiro agente na relação antes direta entre tomador e prestador dos serviços, o financiador do sistema, seja ele o Estado ou um agente privado, como as instituições operadoras de planos de saúde.O Estado, como formulador de políticas, regulador, garantidor de acesso e maior comprador de serviços de assistência médica da iniciativa privada, teve papel instrumental na implantação do complexo e continua sendo o principal agente garantidor de sua manutenção.

Em função da adesividade do sistema mais a uma racionalidade financeira do que à eficiência epidemiológica, e levando-se em conta as mais de 120 escolas médicas no país, com cerca de 11 mil profissionais formados a cada ano, Mendes (1996) aponta dois caminhos possíveis para a profissão médica: o da massificação da formação para atender as necessidades da universalização da assistência médica, e o da especialização. O primeiro leva a profissionais de baixa formação, sem acesso à residência médica, com baixa remuneração assalariada; o segundo implica na busca de “um lugar ao sol” e da tão sonhada

atividade liberal. Na prática, ocorre a convivência das duas realidades, sempre com a perspectiva do abandono do trabalho assalariado, mas nas duas situações os interesses da indústria são preservados, quer pela via do consumo decorrente da universalização da assistência, quer pela criação de ilhas de alta tecnologia.

Com os apelos de racionalização e redução de custos, o trabalho médico sofreu extrema divisão especializada: a atual Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, CBHPM, contém mais de 4 mil diferentes atos. Além disso, as sociedades de especialidades, em conjunto com outras instituições, como a Associação Médica Brasileira, editam manuais contendo protocolos indicativos a serem seguidos, em um processo que busca a padronização dos serviços.

Assim, é possível afirmar que a atenção à saúde adquiriu características de mercadoria, com valor de uso e valor de troca. Não mais detentor do resultado de seu trabalho, resta ao médico o papel de fornecedor de força de trabalho especializada, sujeito a todos os controles característicos da produção capitalista, como racionalidade, padronização de procedimentos, controle de tempos e de processos, com o objetivo de maximizar a riqueza do dono do capital.

Com esse pano de fundo, percebe-se o atual modelo de atenção à saúde é resultado de muitas rupturas, idas e vindas, permeadas por interesses corporativos, políticos, econômicos, setoriais, e envolvendo uma multiplicidade de atores sociais, movimento que perdura até os nossos dias. Quando se compreende a história, entende-se que foi construída por pessoas, a partir de interesses estabelecidos e de condições sociais, políticas, econômicas do momento, articulados de forma a permitir o predomínio de um determinado interesse. Portanto, o modelo atual não é trata de algo inexorável, fruto da

providência divina, pode ser mudado: o destino está na mão das pessoas e a elas compete construir a história.

Referências Bibliográficas

BEALLE, Morris. *The drug story*. Spanish Fork, Utah, The hornet's nest, 1976.

BECK, Andrew H. *The Flexner Report and the standardization of American Medical Education*, New Your, Journal of the American Medical Association, vol. 291(17), 2139-40, May 5, 2004.

BERLINER, Howard S. *New light on the Flexner Report: notes on the AMA-Carnegie Foundation background*, Bulletin of Historical Medicine, vol. 51(4) 603-609.

__________ *A system of scientific medicine. Philanthropic foundations in the Flexner era*, New York, Tavistock Publications, 1985.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Goes de. *Saúde e previdência*: estudos de política social. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BROWN, E. Richard. *Rockefeller medicine man. Medicine & capitalism in America*. Berkely, University of California Press, 1979.

CAMPOS, André Luz Vieira de. *Combatendo nazistas e mosquitos: militares norte-americanos no Nordeste brasileiro (1941-1945)*. Rio de Janeiro, História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 5(3): 603-20, nov 1988 – fev 1999.

CASTRO SANTOS, Luiz Augusto. *O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade*. Rio de Janeiro, Dados, 28(2): 193-210, 1985.

COHN, Amélia e ELIAS, Paulo E. *Saúde no Brasil. Políticas e organização de serviços*. São Paulo, Cortez, 1996.

EDLER, Flávio Coelho. *A medicina acadêmica imperial e as ciências naturais*. In: HEIZER, Alda; VIDEIRA, Antonio Augusto Passos (Org.). *Ciência, Civilização e Império nos Trópicos*. Rio de Janeiro: Access, 2001.

FARIA, Lina Rodrigues de. *A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas*. Rio de Janeiro, Manguinhos, História, Ciências e Saúde, 9(3): 561-590, set/dez 2002.

FERREIRA, Luiz Otávio. *João Vicente Torres Homem: descrição da carreira médica no século XIX*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, RJ, 4(1): 57-77, 1994.

FERREIRA, Roberto Assis: *A Medicina no Brasil no Século XIX: Regulamentação de sua Prática e de seu Ensino*. Revista Médica de Minas Gerais, MG, 9 (2): 83-88, abr/jun, 1999.

__________.*A normalização da medicina no Brasil no século XX*. Revista Médica de Minas Gerais, MG, 9 (4): 177-183, out/dez, 1999.

FLEXNER, Abraham. *Medical Education in the United States and Canada*: *A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; Bulletin No. 4.* New York, Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.

__________ *I remember*. New York, Simon and Schuster, 1940.

GAMBINI, Roberto. *O duplo jogo de Getúlio Vargas*. São Paulo, Símbolo, 1977.

GIOVANNI, Geraldo Di. *Medicamentos e equipamentos médicos: inovação e adensamento tecnológico no Brasil*. São Paulo, USP, FFLCH, 1992. Tese de doutorado.

GOULDEN, Joseph C. *The money givers. An examination of the myths and realities of foundation philanthropy in America*. New York, Random House. 1971.

HIATT, Mark D. *Around the continent in 180 days: the controversial journey of Abraham Flexner*. New York, Pharos, vol. 62(1) 18-24.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento, as bases da política de saúde pública no Brasil.* São Paulo, Hucitec/Anpocs, 1998.

__________*Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945)*. Curitiba, Educar 25, 127-141, 2005.

__________, FONSECA, Cristina M.O. *O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45*. In PANDOLFI, Dulce, (Org.), *Repensando o Estado Novo*, Rio de Janeiro, Ed. FGV, 1999.

Illich, Ivan. *Medical Nemesis. The expropriation of health*. New York, Pantheon, 1976.

IYDA, Massako. *Cem anos de saúde pública: a cidadania negada*. São Paulo: UNESP; 1994.

LEITE, Celso Barroso, VELLOSO, Luiz Paranhos. *Previdência social.* Rio de Janeiro, Zahar, 1963.

LIMA, Ana Luce G. S.; PINTO, Maria M. Saavedra. *Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde*. Rio de Janeiro, História, Ciência, Saúde - Manguinhos, vol. 10(3): 1037-51, set-dez 2003.

LOBO, Francisco Bruno. *O ensino da medicina no Rio de Janeiro*, v. 1, Rio de Janeiro, Dep. de Imprensa Nacional, 1964.

LUZ, Madel Terezinha. *As instituições médicas no Brasil. Instituição e estratégia de hegemonia*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

__________. *Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro, Graal, 1982.

MARINHO, Maria Gabriela S. M. C *O papel da Fundação Rockefeller na organização do ensino e da pesquisa na Faculdade de Medicina de São Paulo (1916-1931)*. Mimeo. Dissertação de Mestrado, Unicamp, 1993.

__________ *Norte-americanos no Brasil. Uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952)*. Campinas, Autores Associados, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo, Hucitec, 1996.

MOURA, Gerson. *Autonomia na dependência. A política externa brasileira de 1935 a 1942*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1980.

__________.*Tio Sam chega ao Brasil. A penetração cultural norte-americana*. São Paulo, Brasiliense, 1984.

OBER, Patrick K. *The pre-flexnerian reports: Mark Twain's criticism of medicine in the United States*. Annals of Internal Medicine 1997; 126(2): 157-163.

RELMAN, Arnold S. – *The new medical-industrial complex*. Boston, The New England Journal of Medicine, v. 303 n. 17, 963-970, oct. 23, 1980.

ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro, Graal, 1980.

ROZENFELD, Suely e Rangel, Iracema T. M. *A farmacovigilância*. Rio de Janeiro, Cadernos de Saúde Pública, 4 (3): 336-341, jul/set,1988.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. *História geral da medicina brasileira*. 2v, São Paulo, Hucitec, 1991.

SILVERMAN, Milton, e Lee, Philip. *Pills, profits & politics*. Berkeley, University of California Press, 1974.

SODRÉ, Nelson Werneck. *História da burguesia brasileira*. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; 1984.

STARR, Paul. *The social transformation of American Medicine.* New York, Basic Books, 1982.

TAUBER, A. I. *The two faces of medical education: Flexner and Osler revisited*. London, Journal of the Royal Society of Medicine, vol. 85, Oct 1992, 598-602.

WORLD BANK. *World Development Report 2004. Making services work for poor people.* Washington, Oxford University Press, 2003.

27 - A GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE E A CONFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LUCIANO A PRATES JUNQUEIRA

Professor Titular e Coordenador do Programa de Estudos Pós-Graduados em Administração da PUC-SP e do Núcleo de Estudos Avançados do Terceiro Setor-NEATS/PUCSP; Assistente Doutor da UNISANTOS.

INTRODUÇÃO

A década de 80 no Brasil e, em geral, na América Latina, foi marcada por iniciativas de mudanças no setor saúde. Isso se deu em função do “impacto dos processos de crise, ajustamentos e democratização” (Draibe, 1995:1). A crise econômica, aliada ao processo de democratização, fez com que se abrissem novos espaços políticos e institucionais para redefinir a política de saúde. O ideário dos grupos organizados do movimento sanitário passou a dominar a cena política. A Nova República, iniciada em 1987, com a eleição democrática do Presidente da República, constituiu um momento significativo desse processo.

Aqui pretendo discutir o processo de mudança, que ocorreu nas década de 70 e 80, com a conformação de um novo modelo de saúde. Apontar o significado desse modelo para a gestão da saúde do Brasil, para em seguida visualizar a reforma do aparato estatal da saúde com a criação do Sistema Único de Saúde, que tem como diretrizes a universalização, descentralização, integralidade e

equidade. Essa foi uma tarefa de âmbito nacional, que comprometeu diversos atores sociais e diferentes interesses, repercutindo em todos os estados da federação.

1. O MODELO MÉDICO-PRIVATISTA

O modelo de saúde hegemônico até a década de 80, no Brasil, era o que se denominou de modelo médico-privatista, conformado no período 60-70. Ele cresceu em torno de dois eixos contraditórios e mutuamente excludentes: o da medicina curativa privada e o da medicina preventiva pública. Sua organização, financiada pelo Estado, moldou, em âmbito federal e estadual, um aparato institucional voltado para as ações curativas. Além dessa lógica dicotômica que perpassava o modelo de saúde então vigente, a clientela atendida pela assistência médica individual era apenas a dos previdenciários. O restante da população, sem acesso a este tipo de assistência, era atendida nas organizações públicas voltadas para ações preventivas.

Neste modelo assistencial dicotômico prevalecia a medicina curativa privada, orientada pela lógica do lucro. Os serviços médicos eram propostos e constituídos em função do mercado, da demanda potencial, e não das necessidades de saúde da população. O acesso aos serviços dava-se mediante seu pagamento diretamente pelo usuário ou, indiretamente, pela Previdência Social.

Foi através da intervenção do Estado e do seu aparato organizacional que o modelo se expandiu. O Estado interveio principalmente ao financiar a rede

privada e ao comprar seus serviços. Sem outro critério que o do retorno financeiro, investiu-se nos pontos nos quais havia demanda (Campos, 1989:54). A União bancou o investimento na ampliação da rede médico-hospitalar, por meio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS – e bancou também o custeio da rede, comprando serviços para os previdenciários. Contudo, esse fundo fora criado também para financiar o setor público, apesar de na prática ter privilegiado o setor privado. Criado pela Lei nº 6168 de 09/12/1974, em solicitação do Conselho de Desenvolvimento Social. Segundo a Lei que o instituiu os recursos destinavam-se, dentre outros, financiar os projetos de interesse do setor público, nas áreas de Saúde, Saneamento, Educação, Trabalho e Previdência e Assistência Social; nessas mesmas áreas também projetos de interesse privado. cf. Braga e Paula, op. cit. p. 125.

O Ministério da Previdência e Assistência Social, através de um autarquia denominada Instituto Nacional de Previdência Social – INPS – e, posteriormente, Instituto Nacional de Assistência Médica Previdenciária – INAMPS, dava cobertura de assistência médica a toda a população previdenciária e apenas a ela, ou seja, a quem estivesse formalmente inserido no mercado de trabalho. Apenas esses trabalhadores, denominados previdenciários é que tinham acesso aos serviços próprios do INAMPS e aqueles da rede privada, contratada e conveniada, de quem o INAMPS comprava seus serviços. Assim, nesse modelo coube ao Estado, além de financiar e comprar os serviços de saúde para os previdenciários, manter as ações de saúde pública e o atendimento aos

excluídos do mercado formal de trabalho, o que era feito através do Ministério da Saúde e das Secretarias estaduais de saúde.

Foi a esta situação que se contrapôs o movimento sanitário que, com o ideário da saúde pública, estava alijado da gestão da política de saúde dominada pelo INAMPS e seus burocratas, associados aos interesses médico- privados. O Ministério da Saúde dispondo de parcos recursos, ocupava-se do financiamento aos estados para atender à população excluída do mercado de trabalho; com o combate às endemias e com a manutenção de hospitais especializados destinados à mesma clientela.

O INAMPS, por sua vez, dispunha de uma fonte de recursos vinculada, oriunda da contribuição previdenciária paga pelos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho. Parcela dessa contribuição destinava à assistência médica. O INAMPS era uma instituição nacional organizada para controlar e definir o relacionamento com o setor privado contratado e conveniado; contava, além disso com uma rede própria que, em algumas regiões do país, dispunha de tecnologia altamente complexa. Por isso era o INAMPS que definia o modelo assistencial vigente no país, e a própria política de saúde.

A instituição gestora da assistência preconizada pelo modelo médico- privatista organizou-se de modo desconcentrado por todo o país, sob um sistema centralmente normatizado. Foi uma rede que se organizou em torno dos interesses dos burocratas do INAMPS, nas relações com os prestadores privados de serviços médicos. Para preservar os seus interesses e ao mesmo tempo garantir, pelo menos aparentemente, a racionalização da distribuição dos

recursos, criaram-se sistemas de controle internos e externos. O *ethos* dessa organização nacional fortemente articulada com os interesses privados marcava sua prática institucional por todo país. Enquanto o Ministério da Saúde era o responsável pela promoção de ações “preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo”, o Ministério da Previdência e Assistência Social-MPAS estava voltado “principalmente para o atendimento médico assistencial individualizado”, através da atuação do INAMPS.

No final da década de 70 esse modelo médico-privatista, começou a dar sinais de esgotamento. O montante dos recursos despendido pelo Governo na política de assistência médica previdenciária crescera desordenadamente e, sobretudo, a partir de 1979, já era considerável. Até meados dos anos 80, o orçamento da Previdência Social, só inferior, no país, ao orçamento da União, destinava 28% das receitas ao setor saúde.

O custo sempre crescente do modelo implantado no país para o atendimento às necessidades de saúde da população inviabilizou sua expansão. A falta de critérios para a compra dos serviços privados era incompatível com qualquer tentativa de ação racionalizadora; e o caráter dual do próprio modelo agravava ainda mais o quadro de superposições e descoordenações.

A crise fiscal do estado repercutiu na Previdência Social, determinando a contenção nos gastos; daí, conseqüentemente, repercutiu no perfil das políticas sociais. A crise econômica que impôs restrições ao volume de recursos transferidos ao setor privado foi determinante para que se passasse a buscar alternativas para a assistência médica aos previdenciários e exigiu que se

repensasse o papel do Estado na assistência à saúde (Junqueira e Inojosa, 1990:9). A rede privada de atendimento, entretanto, que se configurou a partir do modelo hegemônico, havia se reproduzido e se consolidara. Os serviços públicos, voltados às ações de caráter coletivo – controle de endemias, de doenças infecto-contagiosas e atenção à população de baixa renda, não previdenciária – continuavam à margem do modelo vigente.

Sendo inviável também a expansão do modelo hegemônico, tornaram-se visíveis as oposições entre assistência individual e coletiva; entre assistência pública e privada; e o impasse levou à exigência de que fosse delineado um novo modelo de atenção à saúde que, de algum modo, superasse as contradições do sistema, permitindo configurar um novo quadro institucional para o setor(Junqueira, 1997:112)

2. A CONFORMAÇÃO DE UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL

A partir da metade da década de 80 inaugurou-se uma nova etapa no setor, sob a inspiração dos movimentos sanitários de outros países. Alguma de suas propostas começaram a ser consideradas com maior atenção. A descentralização observada no caso italiano, viria a ser um dos princípios centrais do reordenamento do modelo assistencial do Brasil. Para visualizar o processo de conformação desse novo modelo de saúde recuperar-se algumas de suas etapas, passando pelo que se denominou Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde – SUDS – em 1987 até chegar no Sistema Único de Saúde – SUS – definido pela Constituição de 1988.

Como uma primeira tentativa para reorientar a assistência médica previdenciária, indicando a alocação de recursos, especialmente os financeiros, e propondo medidas de avaliação e controle para o sistema de atenção médica, foi instituído, em 1981, pelo Decreto nº 86.329, o CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária. O objetivo desse órgão colegiado, que reunia representantes de vários ministérios e sindicatos patronais e trabalhistas, era estabelecer diretrizes gerais para uma assistência médica mais eficiente e mais eficaz (FUNDAP, 1988:7).

Em 1982, esse Conselho formulou um Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social – Plano CONASP- que, aprovado pelo MPAS, em 23/8/82, analisou o diagnóstico da assistência médica prestada à população, evidenciando os estrangulamentos e a exclusão presentes nos modelos assistencial e organizacional até então vigente. Concluiu-se que o modelo era desarticulado e que os três níveis de governo desenvolviam as mesmas ações, dispersando recursos e favorecendo o setor privado lucrativo. O Plano CONASP propunha a regionalização progressiva do sistema de saúde, coordenada por uma comissão paritária integrada pelos Ministérios da Previdência e Assistência Social – MPAS, da Saúde – MS, com a Secretaria da Saúde de cada estado da Federação. Apontava, assim, para a descentralização da gestão da política de saúde.

O Plano CONASP fez um ensaio no caminho da descentralização, ao prever a parceria entre os níveis de governo e ao propor que os estados federados deixassem de ser executores de ações de prevenção e passassem a intervir na

prestação da assistência médica. Isso deu início ao delineamento de um novo modelo organizacional, buscando uma superação da dicotomia presente no modelo de saúde. Deflagrou-se, afinal, um novo processo de conformação e de gestão da política de saúde, iniciando-se de fato a incorporação da assistência médica ao aparato estatal de saúde pública e constituindo, no dizer de Gonçalves (1991:101), o evento mais notável "na área da Saúde no Brasil nos anos 80, aquele que a marcará como década, no sentido histórico".

O movimento sanitário, apesar de até então marginal na gestão da política de saúde, possuía um projeto e quadros comprometidos com uma nova visão, pela qual a saúde constituía um direito do cidadão. Ao longo do tempo, esse grupo havia reproduzido e disseminara suas idéias pelo país. Em algumas Secretarias Estaduais de Saúde, no Ministério da Saúde e na Universidade já havia a massa crítica indispensável à deflagração de um processo de mudança. Sem ligação com os interesses privados ou com a lógica do mercado, os técnicos da Saúde Pública estavam comprometidos com idéias de universalização e de eqüidade. A partir de então, com a discussão de alternativas para superar a crise, viabilizou-se a incorporação de atores e temas estranhos ao modelo hegemônico e com isso teve início o processo de negociação entre o projeto de transformação do modelo, delineado pelo grupo do Movimento da Reforma Sanitária, e o projeto racionalizador.

Na formulação do plano, foram introduzidos princípios característicos da proposta do modelo transformador que contrariavam as teses nucleares do modelo hegemônico: a integralidade das ações de saúde, a universalização do

atendimento e a integração interinstitucional. Houve também espaço para temas como a descentralização e a participação, valores considerados, em dimensão mais ampla, no encaminhamento do processo de democratização, num cenário que, depois de 1982, passou também a incorporar outros novos atores institucionais – o elenco dos governadores recém-eleitos.

Em 1983, o Plano CONASP gerou o Programa de Ações Integradas de Saúde – PAIS, que preconizava a universalização do atendimento e o acesso da população aos serviços de diferentes níveis, passando a viabilizar o modelo que já era parte da sua proposta. Com a equalização dos serviços prestados às populações urbana e rural acabou, de direito quanto à assistência médica, a exclusão dos não previdenciários, o que foi um passo decisivo para a universalização do atendimento e a conformação do novo modelo de atenção à saúde. Esse fato apresentava uma nova direção para o aparelho estatal da Saúde Pública. Significou, no dizer de Gonçalves (1991:101), o seu desmantelamento e a "expansão da assistência médica como prática de saúde tendencialmente fundamental".

O modelo que informou as Ações Integradas de Saúde – AIS – tinha em vista a universalização da atenção, a eqüidade, a descentralização, a hierarquia dos serviços, a regionalização e a integralidade das ações de saúde. Isso não garantiu, ao setor público, o monopólio do controle do sistema. Como disse Merhy (1989:93), montou-se uma "lógica sistêmica de convivência de um setor público planejável, com um setor de mercado" e essa lógica preservou o INAMPS da extinção.

O novo modelo que emergiu no país, nesse contexto, propôs a redefinição do papel do setor público na atenção à saúde, sem ignorar a capacidade instalada da iniciativa privada, para cuja mudança seriam necessários investimentos incompatíveis com a conjuntura. Buscou-se, entretanto, uma nova lógica para o setor, que não fosse apenas a da assistência médica individual, nem apenas a da prevenção, mas que resultasse da articulação dessas ações na prestação de serviços de saúde. Incorporou-se a assistência médica individual à dimensão coletiva, buscando a integração dos serviços em todos os níveis de atenção (Junqueira, 1987:53). No entanto, o novo modelo de saúde nasceu híbrido. Em parte, fundamentou-se na proposta do movimento sanitário, concebido na luta contra uma política de saúde discriminatória, que privilegiava o mercado. Em parte, visava a tornar operacionalizável a proposta racionalizadora do INAMPS, como reação à crise do modelo médico-privatista. Apesar disso, o modelo que informou o Programa das AIS e viria a formar o Programa SUDS e o Sistema Único de Saúde abrigava princípios transformadores e não era apenas conjuntural. Inspirava-se em convicções e carregava uma visão política pela qual a ação sanitária deveria ser, necessariamente, integral e de acesso a toda a população.

O novo modelo opunha-se à organização preexistente e estabelecia com ela uma relação de contradição: de um lado, as práticas e valores da antiga organização, representada pelo INAMPS, moldada pelo modelo privatista e excludente; de outro, as metas às quais o novo modelo visava. Essa visão, pelo menos em parte, deve-se à nomeação, para os postos de direção das

instituições gestoras da saúde, de técnicos ligados ao movimento sanitário. Com isso introduziram, no interior das instituições responsáveis pela gestão do modelo hegemônico de saúde, interesses alheios aos da burocracia previdenciária. O INAMPS, até então dominado pelo pensamento médico-liberal que, de fato, definira até aí as políticas sanitárias brasileiras, tinha, nesse momento, dirigentes de outro perfil, com interesses orientados para a transformação do modelo de saúde.

Os resultados financeiros alentadores da economia reaquecida entre 1985 e 1987 favoreceram o movimento que já se podia observar na saúde e ampliaram a área de manobra da nova administração. De início, valorizaram as AIS, cujas idéias vinham ao encontro das propostas da Nova República, que se tornaram mais consistentes, político, institucional e operacionalmente. (O Estado de S.Paulo, 12/3/1987 e Folha de S.Paulo, 23/3/1987).

Alguns princípios preconizados pelo novo modelo passaram a incorporar o discurso oficial do governo, dentre eles, o direito universal à saúde e o dever de garantir esse direito aos cidadãos, entendido como da competência do Estado. Também os princípios da integração interinstitucional, da hierarquia, da regionalização e do controle social, deveriam informar a política de saúde. No plano operacional, o discurso dominante era o da descentralização/desconcentração das ações de saúde.

Na perspectiva da descentralização, o INAMPS deveria ser transformado em órgão eminentemente controlador e co-financiador do sistema de saúde. A prestação dos serviços seria descentralizada para estados e municípios; e

também o planejamento deveria ser descentralizado, para que as ações de saúde passassem a ser integradas, resolutivas, hierarquizadas e o atendimento fosse integral. O processo de universalização deveria ser agilizado. As estratégias, fortaleciam o INAMPS, mas estabeleciam novas relações de interlocução com os estados e com o próprio setor privado, que teve reduzidos seus espaços de negociação. Nesse momento, a descentralização do INAMPS começou a tomar corpo, entrando em cena a redefinição de seu papel. Iniciou-se o reordenamento do aparato estatal para se conformar ao novo modelo assistencial, constituindo o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS. Nesse período, os governos estaduais e seus respectivos secretários de saúde, reunidos no CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Estado da Saúde – foram os interlocutores privilegiados do governo federal, não por estarem comprometidos com as idéias de transformação e mudança, mas pelo interesse em gerenciar a massa de recursos que acompanhava a atribuição aos estados, da tarefa de controlar a compra de serviços de assistência médica.

A gestão colegiada passou a ser um instrumento de gestão, de articulação das organizações existentes, mas não se configurou um novo modelo organizacional. As instâncias colegiadas, contudo, constituiram um importante instrumento na transformação que ocorreria no setor.

O modelo preconizado para o SUDS não diferia do modelo que inspirou o SUS. O SUDS representou um avanço para a formulação e a implantação de um novo modelo de saúde no Brasil. Além disso, a experiência do SUDS, poderia testar a

capacidade transformadora do modelo face ao modelo médico-privatista, ainda que houvesse no movimento quem considerasse prematura essa confrontação.

Além de consolidar o modelo colegiado de gestão e de incorporar o Estado na prestação de assistência médica, o SUDS propôs que todos os níveis de governo tivessem suas funções redefinidas para a gestão da saúde, introduzindo as noções de planejamento estratégico tático e operacional. A cada nível correspondia uma instância colegiada, interinstitucional, responsável por coordenar a formulação e acompanhar a execução do seu respectivo plano de saúde. As interrelações entre esses níveis de governo seriam alcançadas pelo aperfeiçoamento da Programação e Orçamentação Integrada – POI (a POI era um instrumento de planejamento integrado e de articulação entre os níveis, considerados os órgãos colegiados aos quais, de fato, cabia a gestão da saúde em cada nível de governo). Ao INAMPS como órgão federal e co-financiador das ações e serviços de saúde, caberia a função de acompanhar e avaliar a eficácia e a execução física e financeira dos planos de saúde. Estabeleceu-se que o Distrito Sanitário seria a base da organização espacial e funcional do sistema e elegeu-se como parceiro privilegiado do sistema o segmento privado filantrópico (FUNDAP, 1988:12).

O modelo que se configurava carregava uma contradição básica, que viria se manifestar como uma das maiores dificuldades para que se implementasse a transformação concebida pelos reformistas: o modelo organizacional não foi de fato transformado. Os recursos do SUDS, provenientes da contribuição previdenciária continuaram centralizados sob a gestão federal, no INAMPS.

Essa centralização reiterava o caráter racionalizador da proposta. Por outro lado, acreditava-se que os órgãos colegiados, pelos mecanismos da programação e orçamentação integradas, teriam meios pelos quais garantir aos estados e municípios o poder sobre os recursos. A repercussão desse movimento nos estados foi bastante desigual, dada a longa história de marginalização das Secretarias Estaduais de Saúde.

3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONCEPÇÃO E IMPLANTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde foi definido pela Constituição Federal de 1988, apesar das concessões feitas ao setor privado, no seu processo de aprovação. O SUS resultou da luta de diversos setores da sociedade brasileira, que acreditavam na possibilidade de se ter uma política de saúde mais justa e equânime. Esse processo se fez por mais de uma década e o SUDS representou um momento privilegiado desse processo, desmontando o INAMPS como órgão definidor da política de saúde. O SUS incorporou os princípios do SUDS, mas sob outra lógica organizacional, acentuando as diferenças com o modelo médico-privatista.

A saúde passou a ser um “direito de todos e dever do Estado, garantido por políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (Constituição Federal de 1988, artigos 197 e 199).

A Constituição de 1988 entende a saúde como processo socialmente determinado e como direito universal derivado do exercício da cidadania plena. As ações de saúde são caracterizadas pela relevância pública, cabendo ao Poder Público regulamentar, fiscalizar e controlar essas ações, que integram o sistema único. Essas ações podem ser executadas diretamente ou por terceiros de direito privado. O sistema é público. O modelo de saúde hegemônico passa a ter caráter público, ficando o setor privado como agente complementar ao Sistema Único de Saúde.

O Sistema Único de Saúde é uma rede regionalizada e hierárquica que integra as ações e serviços públicos de saúde, organizados "de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais; participação da comunidade" (Constituição Federal de 1988, artigo 198).

A Constituição definiu uma nova forma de organização dos serviços de saúde. Sob o SUS, entretanto, a integração do sistema não se dá pelos colegiados interinstitucionais, mas pelo reconhecimento de uma gestão única em cada esfera de governo. O setor público assume, de fato, as funções de coordenação e planejamento do sistema e os Conselhos assumem um papel central contribuindo na formulação das políticas. Por se tratar de um processo que envolve interesses sociais, tanto no âmbito das organizações como da própria sociedade, cuja acomodação implicou recuos e, eventualmente, contradições, a

instituição do Sistema pela Constituição, não poderia garantir, por si só, a operacionalização.

Só em dezembro de 1990 foi sancionada a lei que regulamentaria o SUS, e com alterações em relação ao Projeto de Lei correspondente. A Constituição e a Lei Orgânica nº 8080, de 19/12/90 também não estabeleceram os mecanismos de regulação para o setor privado.

Questões fundamentais para o modelo transformador não saíram do discurso: a integralidade das ações; a perspectiva epidemiológica; e a gestão integrada e articulada das três esferas de governo. A descentralização tampouco foi resolvida. As três esferas de governo não passaram a gozar, de fato, de autonomia de gestão, e nem lograram estabelecer uma ação integrada, não adequando suas organizações ao novo modelo. Estados e municípios continuaram a depender, às vezes mais intensamente, do governo federal. As competências definidas constitucionalmente não foram assumidas e, como tais, não podem ser objeto de descentralização, pois configuram o que se denomina de não – centralização.

Ao mesmo tempo em que era negociada a regulamentação do SUS, com a Lei Orgânica da Saúde, o governo federal fez publicar outros instrumentos para operacionalizar a implantação do SUS, fortalecendo o papel dos municípios e as formas de pagamento dos serviços de saúde, tomando os serviços públicos apenas como prestadores, através da compra e venda de serviços, e não como parceiros. Os municípios empenharam-se, a partir de 1990, a aprender a faturar os seus serviços. Essas medidas integravam-se em uma concepção de governo

que significou uma releitura do modelo de saúde, pela qual o setor público não era visto como parceiro, mas como prestador de serviços. A relação com o setor público, estadual e municipal assemelhava-se à relação que o governo federal mantinha com o setor privado.

O modelo de saúde não se concretizou, não se consolidando um novo aparato organizacional. Mudou-se o discurso, mas não a prática das organizações do setor. Esse é um processo em construção ao longo das últimas duas décadas. A mudança não se faz apenas pela decisão de criar um novo aparato jurídico. Sua implantação envolve interesses diversos e a transformação da cultura das instituições, dos diversos atores envolvidas nesse processo (MORGAN, 1996:115). Por isso ela tem avanços e recuos e sua construção dependerá das forças e dos interesses que representam na cena política.

Passados três anos e o *impeachment* do Presidente da República, o Ministério da Saúde tentou resgatar o modelo preconizado pelo SUS. Em 1993, o Ministro da Saúde, Jamil Haddad, assessorado por adeptos do modelo reformista e defensores da municipalização, estabeleceu normas e procedimentos para regulamentar “o processo de descentralização de gestão das ações e serviços de saúde” (Portaria Ministerial nº 545 de 20/5/93, que institui a Norma Operacional Básica nº 1/93).

Outras medidas buscaram devolver ao cenário não apenas um ator concebido com finalidades estratégicas, mas a própria lógica do Sistema Único de Saúde, que o fazia permeável ao controle social. O processo de descentralização foi retomado, assumindo-se como pressuposta a participação de estados e

municípios, mas o sistema de pagamento por produção não foi alterado e os recursos financeiros continuaram a vir da Previdência. Embora mantendo o pagamento dos serviços prestados, o governo federal buscou introduzir uma nova lógica na relação entre os diversos níveis de governo e no modo pelo qual era feito o repasse dos recursos financeiros.

A intenção de retomar o caminho em direção à implantação do modelo de saúde preconizado pelo SUS buscou superar o modelo “centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierárquica, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema” (Ministério de Saúde. Norma Organizacional Básica No. 1/93).

Reiterou-se o papel dos orgãos colegiados de gestão como os Conselhos de Saúde (Lei nº 8.142, de 28/12/90) e constituiram outros orgãos como as Comissões Intergestores, no âmbito de cada estado, como foros de negociação e deliberação e, portanto, responsáveis pelo gerenciamento do processo.

Os Conselhos de Saúde, previstos na Lei nº 8.142, de 28/12/90, são órgãos criados nos três níveis de governo, compostos com representantes de organizações da sociedade civil e do setor público, com a função de aprovar e controlar a formulação e a execução das políticas de saúde. Com papel complementar a estes organismos é que surgiram as Comissões Intergestores, no âmbito federal e de cada estado, como foros de negociação e deliberação e, portanto, responsáveis pelo gerenciamento do processo. No âmbito federal foi

criada a Comissão Intergestores Tripartite, composta por representantes do Ministério da Saúde e das Secretarias estaduais e municipais de saúde. A representação dessas secretarias se faz através de dirigentes dos conselhos, que as congregam, organizados a nível nacional. O conselho que congrega os secretários estaduais de saúde é denominado Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS, e o dos secretários municipais de saúde, denominado Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. São que têm assento na Comissão Tripartite.

A Comissão Intergestores Bipartite, criada no âmbito de cada estado, é composta "paritariamente por dirigentes da Secretaria de Estado de Saúde – SES e do órgão de representação dos secretários municipais de saúde do Estado"(o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde – COSEMS) e "formalizada por meio de portaria do Secretário de Estado da Saúde, sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS" (Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. “Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”. Ministério da Saúde, Brasília, 1993).

Com isso retoma-se a gestão colegiada e o processo de descentralização. Nesse processo estabelece-se tipos de gestão municipal, o que caracteriza as formas como os municípios recebem e gerenciam os recursos financeiros avindos da esfera federal. Os municípios passam a ocupar outro papel no cenário da política de saúde. Conforme o tipo de gestão em que se enquadram podem definir, pagar e controlar os serviços privados. O estado – a unidade

federada – deveria contribuir para que cada um dos seus municípios assumisse o grau de gestão para o qual estivesse preparado, oferecendo assessoria, retirando-se da prestação de ações e serviços e, finalmente, assumindo para si o papel atribuído aos estados pela Lei Orgânica.

Tal fase do processo de construção do SUS, apesar da vontade política dos dirigentes do Ministério da Saúde, mostrou que as alterações introduzidas no processo de negociação, embora significativas, não eram suficientes para alterar a direção para a qual o setor vinha sendo encaminhado. Outros interesses permeavam o processo e continuaram a permeá-lo, impedindo que o novo projeto de saúde, informado sob o modelo reformista, viesse a se concretizar.

Em 1996 outras medidas de adequação fizeram-se necessárias para avançar o processo de implantação do SUS. Com essas medidas os municípios passaram a ter de fato o poder de fazer valer seu direito de gestor do sistema local de saúde, que lhes foi atribuído na Constituição Brasileira de 1988. Permanecem contradições que não foram superadas, mas o processo está em curso e o município tem um papel central como o *locus* privilegiado das relações serviços/cidadãos. Apesar disso, hoje já se questiona a capacidade do município de gerenciar o sistema local de saúde, entrando em cena o papel das instâncias regionais a exemplo dos países desenvolvidos. Isso não é de se estranhar, pois o(s) modelo(s) que inspiraram o SUS eram de países unitários. Enquanto na Constituição Brasileira o município é um ente federativo com competências que lhes são próprias.

A municipalização na saúde constitui um fator importante para implantação do SUS apesar de suas limitações. Mesmo sem assumir na sua totalidade a gestão do sistema local de saúde, o município é quem, de algum modo, poderá garantir o acesso universal aos cidadãos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

Apesar dos ideais coletivos, que levaram à formulação de um projeto social no qual a saúde tem valor de direito do cidadão e dever do Estado e que visa garantir ao conjunto da população acesso a serviços de saúde de qualidade e igual para todos, a concretização do projeto pressupõe uma certa homogeneidade de interesses e propósitos difícil de alcançar em um mundo de diferenças e de desigualdades.

O projeto social está ainda inconcluso, mas representa um momento diferenciado da gestão das políticas sociais no Brasil. A descentralização da política de saúde, incorporando outros níveis de governo na sua gestão permitiu a universalização da atenção, possibilitando ao conjunto da população acesso à assistência, que até então lhe era negada. A universalização da atenção, com seu caráter democrático e de justiça social introduziu uma nova realidade no setor. A assistência médica passou a estar ao alcance de todos, e isso foi novo.

Hoje entra em cena a questão da universalização excludente que opera como elemento de qualificação dos grupos sociais, pois na sua função redistributiva, atenua as barreiras de entrada do sistema público. Isso inviabiliza o acesso dos segmentos mais favorecidos da sociedade que passam a se referenciar ao

sistema privado. Nesse sentido de fato viabiliza-se o acesso ao subsistema privado e reduz a pressão da porta de entrada do sistema público (Favarett e Oliveira, 1989:159). A questão, entretanto, é saber como lidar com essa realidade num país das dimensões do Brasil, com tantas diferenças. A maioria não possuía acesso aos serviços médicos. Hoje pode-se dizer que essa possibilidade existe. Os municípios organizam-se passo a passo apesar das diferenças de condições. A descentralização da política de saúde representou, de fato, um ganho para segmentos significativos da população. Talvez o que não se possa ainda dizer é que os serviços oferecidos sejam de qualidade e eficazes, prevalecendo ainda o caráter compensatório dessa política.

A descentralização, apesar de questionada como um fator de fragmentação e de atomização das ações de saúde, representa a garantia da universalização da atenção médica. Isso não significa que o processo está acabado e que os municípios brasileiros, na sua quase totalidade, cada um, isoladamente, será capaz de oferecer serviços de qualidade e resolutivos. A articulação entre eles é necessária e permitirá superar suas limitações técnicas e administrativas. Contudo, isso não inviabiliza e nem invalida a importância do processo de descentralização na consolidação do SUS.

Em perspectiva, é bom ressaltar que o direito do cidadão à saúde não depende apenas da assistência médica, mas da articulação com outras políticas sociais. E isso, ou seja, a intersetorialidade só se viabiliza no âmbito do município. A capacidade de articular outros recursos, de mobilizar outras instituições públicas não estatais, para resolver os problemas da população é, sobretudo, uma

iniciativa municipal. Entretanto, o movimento não significa que a política de saúde de âmbito federal dependa, para sua concretização, apenas do nível municipal. Não, esse movimento é mais amplo, e envolve também o nível estadual. A formulação do modelo de saúde e a luta pela sua viabilização, implica, necessariamente, a ação das três esferas de governo. As transformações do setor até chegar no Sistema Único de Saúde foi um processo de mudança que envolveu diversos segmentos da sociedade brasileira. O processo de mudança ainda não chegou a seu termo.

O modelo de saúde que se propõe hegemônico no país é universal e equânime, mas isso ainda não tornou realidade, a prática das organizações traz no seu bojo contradições que ainda não foram superadas. O modelo organizacional não se adequou a esse novo paradigma. Essa mudança dependerá da superação de fatores sociais e econômicos, dos interesses de grupos que estão presentes na cena política e determinam a prática do setor.

BIBLIOGRAFIA

CAMPOS, G. W. de Souza. Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde In CAMPOS, Gastão et al. Planejamento sem Normas. São Paulo, Hucitec, 1989.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE : 8. Brasília, 1987 ANAIS, Brasília, Ministério da Saúde. 1986

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE : 9. Brasília, 1992 ANAIS, Brasília, Ministério da Saúde. 1992

DRAIBE, Sonia M. O Sistema de Proteção Social na Década da Crise e das Reformas. Campinas, NEPP/UNICAMP, Projeto Regional de Reformas de Política Pública, CEPAL/Governo de Países Baixos/ONU, 1995

FAVARETT FILHO, P. & OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Planejamento e Políticas Públicas, Brasília, 1(1):139-192, 1989

FLEURY, S. Avaliação Comparativa das Ações Integradas de Saúde. Divulgação em Saúde em Debate, Londrina, p. 78 -81. 1991

FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo. Perspectivas institucionais da descentralização na saúde. Documentos de Trabalho, 24. São Paulo . 1988

GONÇALVES, Ricardo Bruno M. A Saúde no Brasil: algumas características do processo histórico nos anos 80. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, 5(1): 99-106. 1991

JUNQUEIRA, Luciano A Prates. Mudança uma Causa Compartilhada: do ERSA ao SUS, (Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública da USP), São Paulo 1996, cap. 3º Modelo de Atenção à Saúde, p. 45-68.

-------------------------------. O SUS e Mudança no Modelo de Gestão da Política de Saúde, Revista UNICSUL, São Paulo, 2 (3): 106-126, dez. 1996.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates e INOJOSA, R. M. Descentralização do Modelo de Prestação dos Serviços de Saúde de São Paulo, Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 24(4):7-25. 1990

JUNQUEIRA, Luciano A. P. et al. Gestão Pública no Setor Saúde: Um Plano Estratégico. Documento de Trabalho, 14, São Paulo, FUNDAP. 1992

MENDES, Eugênio V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neo-liberal. In MENDES, Eugênio V. (org.) – Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, ABRASCO HUCITEC, p.19-92. 1993

MERHY, Emerson E. Brasil pós-64: financiamento e modelos dos serviços de saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. Planejamento sem Normas, São Paulo, Hucitec. 1989

MORGAN, Gareth. Imagens da Organização, São Paulo, Atlas, 1996, p.115-144. 1996

VI – Comentários finais

28 - Dinâmica do segmento da saúde no Brasil: interesses, conflitos e perspectivas.

Maria Cristina Sanches Amorim – economista, professora titular e coordenadora do MBA em Economia e Gestão da Saúde da PUC/SP.

Os anos de trabalho no segmento da saúde permitiram-me perceber as disparidades de opiniões e interesses. Freqüentemente, ouvia – e ouço – a expressão "crise da saúde", uma espécie de mantra para encerrar ou iniciar discussões sobre o setor. Ao mesmo tempo, acompanho as decisões de novos investimentos e dos avanços no segmento público. Afinal, o que acontece? À procura dessa resposta, solicitamos artigos representativos da variedade das posições dos agentes, transformando-os em objeto de estudo. A leitura dos jornais das entidades de classe dos médicos também ofereceu material para a reflexão.

Este artigo resulta da análise dos demais apresentados na coletânea. Tem a pretensão de produzir uma síntese com a qual o entendimento possa ser organizado, contribuindo para compreensão da dinâmica do segmento no Brasil. Os textos analisados foram produzidos por profissionais de parcelas importantes da cadeia produtiva da saúde: executivos do setor público e privado, lideranças de instituições representativas, alunos do *MBA* em economia e gestão da saúde da PUC/SP, professores e pesquisadores.

As questões relativas à saúde ocupam cada vez mais espaços na mídia. A observação atenta do teor das notícias aponta para a disparidade e as

contradições do setor (e a contradição é elemento–chave para superar avaliações simplórias). No domingo à noite, a TV apresenta o lançamento de um novo procedimento cirúrgico ou medicamento, no Brasil ou em qualquer outra parte do planeta. As operadoras atestam que, na segunda-feira há intensa demanda pelos serviços ou produtos anunciados (não raro, os produtos sequer foram autorizados em seus países de origem, e muito menos, no Brasil). O noticiário noturno da mesma TV denuncia a dificuldade de acesso dos cidadãos aos serviços de saúde. Ainda, os jornais mostram as decisões de novos investimentos em hospitais e laboratórios, as revistas semanais trazem capas grandiloqüentes sobre cirurgias plásticas estéticas milagrosas, as revistas de negócios mostram empresários brasileiros preparando um projeto de captação de clientes no exterior, para o chamado "turismo de saúde", isto é, pessoas à procura do Brasil para tratamentos médicos (sobre o turismo de saúde, ver José Luiz Fernandes, citado na bibliografia).

A análise dos jornais e revistas publicados pelas entidades de classe, por sua vez, traz à tona os conflitos entre os agentes do setor. Médicos acusam as operadoras de planos de saúde de "mercantilizarem" a prática da medicina, aviltando-lhes o trabalho e reduzindo a qualidade do serviço prestado; as operadoras, por sua vez, queixam-se do controle governamental e da falta de "visão de negócio" dos médicos; os hospitais investem em novas tecnologias, aumentando o custo dos planos de saúde, contrariando os interesses das operadoras. A indústria de materiais e medicamentos (mat./méd., no jargão do setor) depende da inovação e do crescimento das unidades prestadoras de

serviços (os hospitais e laboratórios). O governo empenha-se em regulamentar os agentes, em uma economia capitalista na qual a prestação de serviços de saúde não é exclusividade estatal. O consumidor–cliente-paciente perde renda há mais de uma década (www.FIBGE.gov.br), e tende a consumir os serviços de saúde da mesma forma que qualquer outro bem ou serviço de consumo – o máximo possível, pelo menor preço. Em tempo, o neologismo cliente-cidadão-paciente pretende ilustrar a tríplice condição do usuário: cliente por pagar pelo serviço; cidadão por ter direito constitucionalmente garantido de acesso, mesmo sem pagar; e paciente pela condição de adoecimento, sendo portador de necessidades especiais.

Os discursos registrados na presente coletânea são aparentemente, auto-excludentes: denunciam a crise na saúde, mostram a expansão dos investimentos e casos de negócios bem sucedidos, apresentam as inovações organizacionais na área pública e privada, etc. De fato, evidenciam os conflitos de interesses, (esses, não raro, apresentados como diferenças ideológicas).

Como pano de fundo das diferenças e contradições, há o histórico de como os interesses econômicos e políticos foram operando ao longo dos anos (os artigos de Eduardo Perillo e Luciano Junqueira contam o processo). Se, de um lado, as causas históricas não servem para resolução dos problemas atuais (v. o método do planejamento estratégico situacional em *Adios, Sr. Presidente,* de Carlos Matus), de outro, a compreensão da história é vital para a escolha adequada de como intervir na realidade.

A síntese possível para entender a saúde no Brasil, no limite dos artigos analisados, é, em primeiro plano, a complexidade e as contradições do setor. Vale ressaltar, um problema complexo não admite solução ótima (Ian Mitrof, *Tempo difíceis, soluções inovadoras.* Rio: Campus, 1999), no sentido dado pela teoria econômica. Dito de outra forma, nas decisões e ações relativas às políticas de saúde, sempre haverá descontentes com o desfecho.

Afinal, o que acontece com a saúde, no Brasil? Para responder é necessário um método cuja complexidade seja compatível com a do objeto de análise. É preciso entender os grandes interesses econômicos e políticos – que se atente para o conectivo "e" – expressos, por sua vez, no posicionamento dos agentes. O princípio básico de análise é, pois, a economia política, considerando-se simultaneamente a chamada racionalidade econômica e os interesses dos agentes envolvidos. Trata-se de compreender como se dá a divisão do excedente gerado pela cadeia produtiva e percepção dos interesses em jogo dá a pista para a análise prospectiva do setor, ou, das tendências (para melhor compreensão da articulação dos interesses na saúde, ver *Interesses organizados na saúde e resistência à mudança,* dissertação de mestrado, PUC/SP, 1997, de Eduardo Perillo).

O segmento de prestação de serviços de atenção à saúde é formado pelos fabricantes de materiais, medicamentos e equipamentos, pelos prestadores de serviços, pelas fontes pagadoras e pelos cidadãos-pacientes-clientes.

A indústria de materiais, medicamentos e equipamentos tem forte presença de empresas multinacionais e grande porte. No item medicamentos, em 2005, os

laboratórios com capital de origem estrangeira representavam 55% dos 692 estabelecimentos, e 61% do faturamento. O mercado mundial de fármacos é de US$ 232 bilhões (em 2004), sendo que o Brasil representa 0,15% desse montante (FEBRAFARMA, *A indústria farmacêutica no Brasil, uma contribuição para as políticas públicas.* FEBRAFARMA, set./06).

O segmento farmacêutico, na perspectiva econômica, pode ser classificado de muitas maneiras, e não admite generalizações nas análises. Muitos recortes são possíveis para o entendimento do mercado. Por exemplo, segmentar a produção dos medicamentos cuja venda é isenta de prescrição, relativamente aos comercializados com prescrição. Ainda, a produção dos remédios de uso contínuo, ou os patenteados, ou os genéricos, entre outros. Cada subgrupo tem dinâmica própria.

No segmento dos medicamentos vendidos com prescrição, os médicos são o público-alvo do marketing e seus propagandistas. Os médicos devem saber dos novos produtos e a indústria depende dos primeiros para a constituição da demanda. A relação entre médicos e indústria farmacêutica não é sempre harmoniosa. O Conselho Federal de Medicina promoveu o I Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina, para debater temas da prática médica, privilegiando a educação médica e as relações entre médicos e a indústria farmacêutica. Uma das mesas de debate denominava-se “médico, garoto-propaganda da indústria farmacêutica?” (Medicina. Conselho Federal de Medicina. Ano XXI, Nº 159, abr./mai./jun. 2006).

De acordo com a teoria econômica, a organização dos fatores de produção pode ser descrita na forma de uma função matemática com duas variáveis, os fatores capital e trabalho (Robert Pindyck e Daniel Rubinfeld, *Microeconomia*, 5ª ed. SP: Prentice Hall, 2002). Daí se afirmar que uma indústria seja intensiva em capital ou trabalho, dependendo da combinação dos fatores. A indústria de mat./med., no mundo, tem função de produção intensiva em capital na forma de inovação tecnológica. Poderíamos afirmar, essas organizações são intensivas em conhecimento, insumo cuja mercadoria resultante é a inovação tecnológica. As empresas instaladas no Brasil, salvo exceções, não realizam pesquisa e não produzem inovações, não obstante, repetem o padrão de gestão mundial.

A lucratividade do negócio de mat./med. é dependente da inovação, do lançamento de novos produtos, exclusivos e patenteados. A competição é intensa, mas a concorrência é baixa, permitindo relativo poder na determinação do preço do produto final. E é por meio do porte do capital, da inovação e do preço que estas empresas absorvem a maior parte do excedente do setor. Não por acaso, na indústria de mat./med. está a origem do aumento do custo dos serviços de atenção à saúde no mundo todo. Parte considerável dos produtos é importada, tornando o segmento muito sensível à política cambial.

O setor de equipamentos passou por dificuldades ao longo dos anos 90, em parte, pela desvalorização cambial e o conseqüente aumento do endividamento dos hospitais e clínicas de diagnósticos. No período entre 2003/2005 as empresas têm aumentado a exportação: variação de 14% em 2003, e 12% em 2004. O mercado interno, no entanto, representa 86% do faturamento. O

faturamento total do setor foi de R$1.824 milhões em 2000 e US$ 1.602 milhões em 2003 (www.abimo.org.br). A importação de produtos é crescente, resultado da política monetária de câmbio desvalorizado frente ao real, resultando em importante taxa de desnacionalização. O artigo de Geraldo Barbosa dá a comparação entre o mercado brasileiro e o internacional.

Em virtude da forte dependência do investimento em inovação e das estratégias traçadas globalmente, as fusões e as partições do negócio têm sido freqüentes nas empresas multinacionais de mat./med. Quanto à realização do valor, essas empresas têm o mercado mundial como *locus* de acumulação, com a possibilidade de abrir ou fechar filiais, importar ou produzir localmente, têm maior mobilidade para enfrentar períodos de redução de vendas, relativamente aos prestadores de serviço e fontes pagadoras.

O mundo dos prestadores de serviços é outro. São hospitais, clínicas, laboratórios de medicina diagnóstica, consultórios, empresas de pequeno e médio porte, comparativamente ao segmento de mat./med. Há muita heterogeneidade entre os prestadores: hospitais privados com fins lucrativos, filantrópicos e hospitais governamentais; laboratórios distribuídos pelo território nacional, com ações negociadas na bolsa de valores, e laboratórios cuja clientela restringe-se ao bairro no qual está instalado. Há ainda os médicos e demais profissionais da saúde.

Entre os hospitais filantrópicos podemos diferenciar as santas casas de misericórdia, voltadas principalmente para o atendimento dos pacientes do

Sistema Único de Saúde, e os aqueles que além do atendimento ao SUS, notabilizam-se pelo atendimento aos pacientes de renda mais elevada do país.

Todos os hospitais são remunerados pelos serviços prestados, ou, por procedimentos – quanto mais procedimentos realizarem por paciente internado, mais receberão da fonte pagadora, seja esta privada ou governamental. O preço dos procedimentos é calculado a partir de uma lista, originariamente conhecida como “tabela AMB” (referência à Associação Médica Brasileira, a autora), hoje chamada de CBHPM (classificação brasileira hierarquizada de procedimentos médicos, também elaborada pela AMB). Os valores e o uso da CBHPM rendem uma longa discussão, distante dos objetivos destas páginas.

A forma de organização da remuneração dos prestadores é indutora do aumento da demanda por procedimentos. Entre os procedimentos listados pela tabela, há os de boa e os de má remuneração (na visão do prestador), ou seja, o sistema induz à prestação dos serviços considerados de boa remuneração (os de alta complexidade), em detrimento dos mais baratos. Seria oportuno avaliar a correlação entre a indução para a realização dos procedimentos complexos, e os gastos com média e alta complexidade no orçamento do ministério da saúde.

A lógica do pagamento por procedimento inclui percentual sobre a revenda de mat./med., quanto mais caro um medicamento, por exemplo, maior o lucro. Grandes hospitais privados não têm interesse na utilização de medicamentos genéricos, de menor preço (exceto para vendê-los pelo preço do remédio de marca), e exercem hoje, a função de distribuidores de mat./med. - a revenda de mat./med. significa até 40% das receitas totais. A expansão do uso de próteses

e órteses inovadoras tem ajudado a continuidade da lógica do pagamento por procedimento e os conflitos entre prestadores e fontes pagadoras.

Espelhando a concentração da renda no Brasil e a natureza competitiva do capitalismo, grandes hospitais localizados nas principais capitais procuram diferenciar-se aos olhos de seus pacientes pela inovação na “tecnologia embarcada”, pela sofisticação da hotelaria e qualidade do atendimento ao paciente, essa entendida para além da competência técnica dos profissionais. Como qualquer outra organização, o hospital privado (filantrópico ou não) busca a liderança por meio da diferenciação do produto e serviço, escolhendo a estratégia da utilização de tecnologia de última geração, do menor preço, do atendimento mais humanizado, etc. Ocorre que a fonte pagadora, quando privada, está sob controle governamental (como se verá adiante), e este controle, ao determinar a cobertura mínima para os planos de saúde e controlar parcialmente os preços dos planos individuais, pressiona para a homogeneização dos serviços oferecidos pelos hospitais.

Os hospitais filantrópicos gozam de imunidade fiscal parcial, não são objeto de vários dos tributos cobrados dos particulares não filantrópicos. A filantropia tem como contrapartida obrigatória, por parte do hospital, destinar 60% dos leitos para o atendimento aos pacientes SUS, além de outras obrigações. A dificuldade de se prestar serviços para o SUS é a baixa remuneração recebida, muito, muito abaixo do que considera o custo. A situação muda quando os procedimentos vendidos ao SUS são de alta complexidade, considerados lucrativos pelos hospitais.

A condição da filantropia é avaliada anualmente, e só é renovada mediante comprovação da oferta de leitos para o SUS. Porém, outras situações foram até hoje, objeto de negociações especiais – por exemplo, ao invés do hospital designar 60% dos leitos para o SUS, compromete-se a realizar um *quantum* de procedimentos de alta complexidade para os pacientes SUS. Essa situação tem uma particularidade, os cuidados pós-operatório dos pacientes não permaneçam sob responsabilidade do hospital que realizou a cirurgia, terminado o período pós-operatório, voltam para casa e, após a alta hospitalar, se houver algum problema motivado pelo transplante, devem procurar outro local para se tratar.

Dado o baixo valor pago pelo governo, entre outros fatores, as instituições filantrópicas e governamentais que atendem 60% dos pacientes SUS têm muitas dificuldades para sobreviver. Nesse contexto surge a expressão “crise” da saúde, ou seja, limitada ao sub-setor do atendimento ao paciente SUS, dependente do fundo público destinado à saúde, constituído pelos hospitais filantrópicos, governamentais ou dependentes das compras de leitos por parte do governo. A outra “crise”, de natureza distinta, é estabelecida pelas relações entre operadoras e pequenos hospitais, que discutiremos adiante (o artigo de Dante Montagnana retratou a situação). No mesmo contexto surge também a chamada “fila dupla” nos hospitais governamentais e santas casas.

Por “fila dupla’ entenda-se a oferta de serviços dos hospitais governamentais para os planos de saúde particulares. Para atender o paciente do convênio médico, que não precisa esperar na fila para ser atendido (e a fila pode demorar

meses ou anos), muitos desses hospitais reservaram áreas específicas em seus prédios, melhorando a hotelaria, o estacionamento, tudo para reter o paciente–cliente. O atendimento aos convênios objetiva ampliar a fonte de recursos financeiros, permitindo-lhes equilibrar o déficit orçamentário produzido pela prestação de serviços ao SUS. Os preços praticados pelos hospitais com “fila dupla” podem ser menores, relativamente aos dos hospitais privados, tornando-os atraentes para as operadoras, que passam a direcionar-lhes os pacientes.

A “fila dupla” nos hospitais governamentais, uma realidade, é tema controverso no nível legal e político. Contesta-se a correção de se tratar cidadãos com direitos iguais de forma diferente, os pobres na fila de meses ou anos, os que podem pagar na fila de minutos ou quando muito, horas. Denuncia-se o Estado que ao invés de destinar mais dinheiro para o atendimento ao SUS, fecha os olhos para a instituição da “fila dupla”. A polêmica sobre a fila dupla revela que o padrão e o volume de financiamento do SUS continuam como ponto nevrálgico na saúde pública. O artigo de Leonardo Trevisan discutiu o tema.

Ainda no âmbito dos hospitais, a organização social de saúde – OSS – é um tópico essencial para a compreensão da dinâmica geral dos sistemas de saúde no Brasil. Modelo de gestão instituído pelo governo do Estado de São Paulo, em 1998, no âmbito das parcerias público-privadas, a OSS provoca muitos debates. De um lado, administradores hospitalares (públicos e privados) envolvidos com a implementação das OSS e de outro, organizações de classe e eventuais governos de oposição – há quem identifique a OSS como invenção de um partido político, o PSDB. As discussões lamentavelmente trazem à tona uma

pendenga antiga e estéril: o tamanho do Estado na prestação de serviços de saúde e, pior, o modelo de Estado ideal, tendo como parâmetro o espectro ideológico – como se os problemas sociais pudessem ser resolvidos com a decisão de um Estado mínimo ou onipresente.

O discurso sobre Estado neoliberal surgiu na Europa e EUA nos anos 80, fruto da crise de acumulação do capital da década anterior, e do acalorado debate sobre o fim do comunismo no mundo. Estado mínimo surgia como panacéia para todos os problemas da sociedade, e privatização era a palavra de ordem. Nos anos 90, a arenga foi substituída por outra, muito mais poderosa, e igualmente estufada por conceitos tolos, a globalização - até hoje, a imensa maioria das pessoas utiliza a expressão sem saber exatamente do que se trata.

Passados mais de 20 anos, o debate pertinente versa sobre a eficácia das ações do Estado e das políticas públicas, objetivamente avaliadas em termos da qualidade de vida e satisfação do cidadão. Ou seja, em determinadas ações o Estado pode ser mínimo, em outras, é imperativo que seja absoluto.

Não há evidências da superioridade da administração pública sobre a privada, e *vice-versa*, na generalidade. Se a lógica privada é superior, por definição, então, privatizemos a presidência da república e o congresso nacional, retirando do cidadão o direito ao voto; se a administração pública está incondicionalmente a serviço do povo, então, estatizemos toda e qualquer atividade produtiva. A saída para a superação dos problemas da sociedade, a vida o tem demonstrado, está na intersetorialidade, buscando-se que cada uma dos sistemas (público e privado) atue de acordo com suas competências.

A oposição à OSS escuda-se em argumentos que de um lado, remontam à disputa ideológico-politica dos anos 60, e de outro, nos interesses corporativos. Uma dos argumentos é acusar a OSS de promover a suposta mercantilização ou privatização da saúde. Melhor seria se as críticas tivessem como alvo o modelo de gestão propriamente dito, contribuindo para o avanço da prestação de serviços de saúde no Brasil. Os artigos de Luiz R. Barradas, Abrão Elias Abdalla e Eliane Verdade, apresentaram, em detalhes, o mundo da OSS.

A propósito, em nome do rigor conceitual, a expressão mercantilização utilizada com sentido pejorativo, demonstra o grau de politização das disputas do setor e a ignorância de facções ditas "socialistas", relativamente às contribuições de Karl Marx (O Capital, vol. 1, 5ª ed. SP: Civilização Brasileira, 1980) sobre o surgimento e função da mercadoria no modo de produção capitalista. As mesmas facções, tampouco, conhecem o historiador marxista, Maurice Dobb (*A evolução do capitalismo*, SP: Abril, 1983). Ambos autores dissertaram sobre as relações entre revolução industrial e capitalismo, explicaram que a mercadoria é tão somente a forma assumida pelos produtos e serviços nas economias capitalistas, transacionadas no mercado, ou seja, produzidas, vendidas e consumidas.

Não faz sentido, portanto, usar as expressões mercadoria ou mercantilização para sugerir más intenções do setor privado ou dos autores da OSS. A presença da iniciativa privada na prestação de serviços de atenção à saúde está prevista na Constituição Federal. Faz todo sentido, no entanto, entender que a mercadoria só pode ser consumida mediante compra, e no Brasil

particularmente, mais de 40 milhões de cidadãos estão excluídos do mercado de consumo, inclusive o dos serviços de atenção à saúde. E é dever ético, moral e constitucional do Estado garantir o acesso à saúde às pessoas sem renda para participar do mercado. Tentar expurgar a mercadoria do capitalismo parece-me inútil, pretender que o mercado supra todas as necessidades humanas, com um mínimo de justiça e equidade, parece-me ignorância ou cinismo. Pelos mesmos motivos, o segmento lucrativo da saúde, não pode obter seu excedente de qualquer maneira, às expensas do bem-estar coletivo. Construir regras estáveis, medianamente acima dos interesses das minorias econômicas organizadas, capazes de equilibrar os conflitos, tendo como finalidade última cuidar do cidadão, é o grande desafio das políticas públicas de saúde no Brasil.

Um último grupo de prestadores de serviços é formado pelas clínicas e consultórios médicos. A crescente incorporação de tecnologia à prática da medicina elevou o custo da assistência médica, tornando-o proibitivo para o cidadão na condição de consumidor particular. Sem o paciente particular, o médico é obrigado a prestar seus serviços por meio dos planos de saúde ou, como trabalhador em hospitais públicos e privados. Pesquisa realizada pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo – CREMESP apresentou as más condições de trabalho do profissional médico: baixa remuneração, falta de garantias trabalhistas, longa jornada de trabalho e exposição à violência das periferias das grandes cidades (www.cremesp.org.br).

Como pessoa física ou jurídica, o médico está compreensivelmente pressionado pelas empresas de maior porte do setor saúde: a indústria de mat/med, os

hospitais e as operadoras. Tem a menor fatia do excedente gerado, evidenciada no aviltamento do valor das consultas pagas pelas fontes pagadoras.

Sem entender as relações de poder entre o capital e a mão-de-obra, as instituições de classe vêem no suposto excesso de oferta de profissionais a causa da perda de renda dos médicos. Vêem fazendo campanha pela redução da oferta de vagas ou de faculdades de medicina, e tentando agir corporativamente no interesse dos médicos (como por exemplo, a produção da CBHPM, cujos valores dos procedimentos estão majorados, relativamente à velha tabela AMB). Elo mais frágil na cadeia produtiva, os médicos, salvo raras exceções, devem continuar perdendo renda relativamente aos demais agentes do segmento da saúde. Os esforços das entidades de classe (conselho, sindicato e AMB) em tornar obrigatória a adoção da CBHPM evidenciam a tentativa de se proteger a remuneração dos médicos. Na prática, a referida tabela de honorários e procedimentos não está sendo adotada pelas fontes pagadoras, acirrando as discussões entre médicos e operadoras e cooperativas (Medicina. Conselho Federal de Medicina, ano XXI, Nº 159, abr./maio./jun. 2006.)

A atuação dos demais profissionais de saúde (enfermeiros, psicólogos, etc.), é de reconhecimento é mais recente do que os médicos. Entre outros problemas, os primeiros precisam disputar com os últimos os espaços e o poder nas instituições de saúde. O artigo de Ítala Bazarelli mostrou as tensões entre médicos e enfermeiras nos hospitais, ilustrando a situação.

As fontes pagadoras são constituídas pelas medicinas de grupo, cooperativas, seguradoras e Estado. A forma estatal de financiamento e prestação de serviços de atenção à saúde é o Sistema Único de Saúde – SUS. As demais constituem a saúde suplementar, ou seja, atuam no segmento com renda suficiente para prescindir dos serviços do SUS.

O SUS responde pelo atendimento de 144 milhões de brasileiros, enquanto que a saúde suplementar atende 42 milhões (Ministério da Saúde, 2006). No nível macroeconômico, O SUS depende da taxa de crescimento do produto interno bruto (PIB), seja pelo volume de dinheiro, seja pelo aumento ou redução da demanda pelos serviços de saúde. O Brasil cresceu em média, nos últimos 12 anos, tímidos 2% (www.bcb.gov.br), muito abaixo da necessidade de financiamento dos setores sociais (saúde, educação, cultura, saneamento, etc.) e da geração de emprego. As deficiências de educação, de moradia, de saneamento, de segurança e até de sistemas de transportes deságuam todas na maior demanda pelo atendimento do SUS. Não por acaso, entre as principais causas de óbitos na população brasileira estão as doenças infecciosas e parasitárias, e a violência (Paulo M. Jannuzzi, *Indicadores sociais no Brasil,* 2ª ed., Campinas: Alínea, 2003). O fraco desempenho econômico coloca o SUS em situação difícil: atender a um contingente crescente de cidadãos, com menor quantidade relativa de recursos. O SUS tem como prioridade a atenção básica à saúde, ainda que os muitos programas especiais, as mudanças políticas e os períodos eleitorais tracem objetivos paralelos.

Na saúde suplementar, medicinas de grupo, cooperativas e seguradoras intermediam a relação de compra e venda entre prestadores e clientes-pacientes. A primeira medicina de grupo surgiu nos anos 60, quando uma grande montadora de automóveis precisou organizar a prestação de saúde para seus funcionários, terceirizando o serviço para um grupo de médicos. As sucessivas crises de financiamento dos serviços públicos e a conseqüente incapacidade do Estado em atender à totalidade da demanda, a concentração da renda e aumento da inovação tecnológica na medicina impulsionaram o negócio do plano de saúde. Importante rtigo de Carlos Oké-Reis *at all,* (do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas – IPEA, publicado na Revista de Economia Contemporânea da UFRJ, vol. 10, nº1, jan.abr./2006) sugere que o mercado de planos de saúde no Brasil cresceu em virtude do apoio do financiamento público e incentivos governamentais.

A operação do plano de saúde consiste em recolher uma determinada massa de recursos dos clientes, e em tese, administra-la financeiramente, garantindo o acesso aos serviços de saúde quando o cliente necessitar. O lucro da empresa origina-se da gestão financeira do dinheiro e da compra dos serviços em grandes quantidades e, conseqüentemente, por preços menores. Durante período de inflação elevada (do final dos anos 70 até a estabilização monetária em 1993/94), o negócio das operadoras de planos de saúde sustentava-se no lucro financeiro propiciado pelo recebimento à vista das mensalidades, aplicadas nos bancos, e o desembolso, quando da prestação dos serviços, apenas após o cumprimento do prazo de carência. A estabilização do Real destruiu este

desenho de negócio e só muito recentemente as empresas estão redesenhando processos e controles para a obtenção de lucro operacional.

Os juros nominais elevados (60% a.a. em média, em setembro de 2006, conforme pode ser visto em qualquer jornal de grande circulação) ainda permitem às seguradoras atuantes no seguro-saúde obter expressivo ganho financeiro, em virtude da associação com bancos e do grande volume de vidas na carteira. Essa situação pode compensar o aumento da sinistralidade. O artigo de Pedro Fazio mostrou a situação das seguradoras.

As operadoras “vendem um produto para não entrega-lo”, a mesma lógica das seguradoras. Quanto menos o cliente utilizar o serviço comprado, maior o lucro da operadora, ou, se o cliente utilizá-los, que sejam os serviços mais baratos. Assim, na primeira fase, o grande objetivo do plano de saúde era desestimular o uso dos serviços. Muitas autorizações e carimbos eram exigidos para uma consulta ou exame, a distribuição dos serviços era tal que obrigava o usuário a perambular por vários locais, procedimentos mais caros não faziam parte do plano, etc. Desagradar o cliente não é uma estratégia a se manter por muito tempo, por motivos óbvios.

Em uma segunda fase, as operadoras intensificaram as ações de auditoria médica sobre os prestadores e elegeu-se “a caneta do médico”, ao solicitar exames e demais procedimentos, como a vilã responsável pelo aumento dos custos com a prestação de serviço. A recomendação geral era inibir os procedimentos mais caros, reduzir o valor pago pelas consultas e criar uma rede referenciada de prestadores (ou até mesmo, de hospitais próprios) com os quais

se poderia negociar preços mais baixos. Redirecionar pacientes para hospitais mais baratos também era uma das práticas para reduzir os custos com a prestação dos serviços. Além de continuar desagradando o cliente, os prestadores reagiram de forma esperada: aumentaram o número de procedimentos e consultas para compensar a perda da receita por valor unitário. Os médicos, particularmente, não tinham alternativas a não ser reduzir o tempo de consulta para aumentar a produtividade e, reduzindo o tempo da anamnese, passaram a precisar de mais exames, para horror das operadoras de planos.

Na terceira fase, recente, algumas operadoras começam a trilhar o caminho da racionalidade: gerenciar a saúde de seus clientes, ajudando-os a evitar o adoecimento, para reduzir o uso de procedimentos complexos. Avançam, finalmente, na prevenção e promoção de saúde, ou ainda mais, na atenção integral ao cliente. O objetivo é sair do foco da medicina curativa, cada vez mais cara (para o entendimento dos conceitos de prevenção e promoção de saúde, ver *Promoção da saúde,* organizado por Dina Czeresnia e Carlos M. Freitas, editado pela Fiocruz, 2003). O desenho do negócio da prevenção foi apresentado no artigo de Ana Cláudia A. R. Pinto.

A estratégia de investir na prevenção e promoção de saúde como iniciativa das operadoras é um fenômeno curioso, se recuperarmos a história do sistema de saúde no Brasil. Nos anos 60 houve intenso debate entre duas correntes ideológica e economicamente posicionadas em campos opostos. De um lado, o movimento sanitarista, defendendo o uso do fundo público para a construção do modelo de prevenção e de outro, grupos alinhados com o modelo estruturado na

medicina curativa, “hospilalocêntrica”, em que pese o sentido confuso do neologismo. No bojo dos processos políticos e econômicos do Brasil durante as últimas quatro décadas, o modelo da medicina curativa ganhou a disputa pelos recursos, constituindo-se como discurso hegemônico. O artigo de Luciano Junqueira e o de Eduardo Perillo descreveu tal histórico, e suas conseqüências para o sistema de saúde brasileiro.

Pois bem, o fenômeno curioso é que, passados quase 40 anos, a importância da prevenção e promoção de saúde retorna à pauta de discussão sobre os modelos de prestação de serviços, introduzida não pelos sanitaristas, mas pelo ramo privado e lucrativo do setor, as operadoras de planos de saúde, em busca da redução de custos. Talvez as operadoras desconheçam, mas há muito saber acumulado sobre prevenção e promoção a partir das experiências dos profissionais de saúde pública. Resta saber se haverá possibilidades de trabalhos em conjunto.

Ao se descrever três fases da vida das operadoras de planos de saúde não se pretende sugerir a seqüência linear de cada uma. De fato, os três padrões de gestão estão em curso, dependendo da operadora e não raro, na mesma operadora. O desafio das operadoras de planos de saúde continua o mesmo, como reduzir a entrega do produto sem desagradar o cliente, que, tendo comprado, quer “levar”. Há muitas ferramentas de gestão propícias para responder a tal desafio. Por que não são utilizadas? Vários motivos: o custo da ferramenta, a miopia quanto ao futuro dos negócios e a contração do número de pacientes da saúde suplementar, em aproximadamente 5 milhões de vidas nos

últimos 10 anos (a redução do número de vidas na saúde suplementar é um dado controverso, quando se compara fontes como ABRANGE e Ministério da Saúde).

O fato mais relevante na história recente das operadoras foi a regulamentação dos planos de saúde em 1998, com a Lei 9.656. De acordo com a Lei, os planos foram obrigados à cobertura mínima quanto aos procedimentos comercializados, ao controle dos percentuais de reajuste dos planos individuais, à provisão de reservas técnicas (como sempre aconteceu com as seguradoras), e à prestação de um conjunto de informações operacionais e financeiras para Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, entre outras medidas. Os artigos de Toro e de Correia da Silva apontam as batalhas jurídicas que ainda pesam sobre a Lei 9656.

Em defesa do interesse do consumidor e na contra-mão da lógica do capitalismo, a ANS impôs a homogeneidade do produto plano de saúde, quando a operadora estava habituada a usar a diferenciação da cobertura como estratégia para determinar preços. O controle dos reajustes dos planos individuais, como era de se esperar, gerou muitas queixas da parte do setor. Na prática, muito rapidamente, as operadoras deixaram de vender planos individuais (que representam menos de 20% do total comercializado, exceção feita às operadoras atuantes nas pequenas cidades) (www.abrange.org.br).

A interrupção da venda dos planos individuais prejudicou principalmente os pacientes desempregados ou sem vínculos formais de trabalho, e os

aposentados, ou seja, a parcela mais dependente dos serviços de saúde. Até hoje, a ANS não tem como resolver esse problema, criado pela regulação.

A queixa das operadoras quanto à regulação dos preços dos planos individuais é em grande medida, cortina de fumaça para encobrir algo mais relevante, a obrigatoriedade às regras que alteram o perfil do negócio. O segmento é formado por um grande número de empresas e cooperativas, sendo que um pequeno número destas representa quase 100% das vidas (o artigo de Luiz Eduardo Perez mostrou o *market share*). A regulamentação imposta pela ANS é mais difícil de ser atendida pelas pequenas operadoras, tanto que se espera a redução do número total de empresas. E a concentração do segmento trará conseqüências dignas de análise cuidadosa. Há o risco de que agência, no esforço de proteger o usuário, provoque um efeito perverso, reduzindo as opções do mesmo. Vale lembrar, parte das dificuldades nas políticas públicas de medicamentos origina-se precisamente na concentração dos produtores. De 1999 a 2005 houve redução de cerca de um terço das operadoras (ANS/ MS – cadastro de operadoras) porém, é desaconselhável atribuir a queda do número exclusivamente à regulamentação da ANS.

Ao longo de 2006, a ANS vem apresentando normas objetivando mudar o modelo da prestação de serviços de saúde, por meio da constituição de padrão de avaliação das operadoras. Há quatro critérios para a avaliação: 1) as ações de prevenção e promoção de saúde (“atenção à saúde”); 2) a situação econômico-financeira; 3) a estrutura e operação e 4) a satisfação do usuário, sendo que o primeiro representa 70% da nota final a ser atribuída. Com a

referida avaliação, a ANS alongará o prazo para constituição das reservas técnicas para as operadoras que apresentarem programa de prevenção e promoção (Conjuntura Econômica, SP, abr./2006). A atenção integral ao indivíduo, quando não adotada espontaneamente como estratégia de negócio pelas operadoras, está sendo forçada pelo agente regulador. O artigo de Rodrigo Correia da Silva descreveu o funcionamento da regulação das instituições de saúde.

As cooperativas médicas constituem segmento com algumas particularidades, entre as demais operadoras. Têm regime fiscal diferenciado, são líderes de mercado e têm forte presença no interior do Brasil. Têm também um histórico de associativismo cujos traços estão presentes na cultura organizacional e no modelo de gestão. Incentivadas pelo governo militar (que enxergava nas cooperativas, em quaisquer setores econômicos, uma alternativa às propostas socialistas e comunistas de extinção da propriedade privada), as cooperativas floresceram no território nacional – vale lembrar das extintas Cooperçúcar, Cooperativa Agrícola de Cotia, entre outras grandes organizações, com acesso ao mercado externo (Mª Cristina S. Amorim, *Questão agrária do Brasil dos anos 80*, dissertação de mestrado, PUC/SP, 1990).

Com a redemocratização do país, as cooperativas perderam privilégios e foram forçadas e encontrar modelos eficazes de negócios como condição de sobrevivência (muitos setores profissionais ainda consideram as medidas de gestão eficaz desvirtuamento das cooperativas). As cooperativas médicas são um exemplo de organização competente nesta passagem. O artigo de Luiz

Eduardo Barreto Perez analisou o cooperativismo na prestação de serviços de saúde.

No limite da cadeia de produção de bens e serviços à saúde está o usuário, ora como sofisticado consumidor, ora como cidadão na luta pela materialização de seus direitos. No nível do atendimento prestado pelo SUS está o paciente de baixa renda, com dificuldade de acesso a muitos de seus direitos (justiça, educação, etc.), entre eles, o da atenção à saúde. Quanto menor o crescimento econômico e o desemprego, mais pessoas só terão o SUS como forma de tratamento médico, obrigado a ampliar a oferta de serviços. E mais, quanto melhor o atendimento no hospital gratuito, maior a demanda. A inovação tecnológica, fonte de inestimáveis benefícios, aumenta o custo da prestação de serviços e, sendo a saúde um direito de todos, as inovações precisam estar ao alcance do cidadão, independentemente de sua capacidade de pagamento.

Diante de tantos dilemas, o SUS tem como estratégia geral evitar o adoecimento do cidadão (ou seja, a prevenção e promoção de saúde), e a racionalização da utilização dos recursos. Daí a descentralização da prestação dos serviços, as OSS, o programa de saúde da família (PSF), a organização das informações epidemiológicas, os sistemas de controle gerenciais. Definido pela Constituição de 1988 e regulamentado em 1990, a autoria do SUS não pode ser reivindicada por esta ou aquela facção política, e muito menos, concebido como um sistema com prazo de implantação determinado. A análise da história do SUS mostra mais avanços do que fracassos e, certamente, muitos problemas por solucionar.

Em determinadas regiões e para determinados procedimentos, há concorrência latente entre o SUS e os prestadores privados. Há muitas estatísticas disponíveis nas páginas dos órgãos governamentais indicando a queda drástica de internação de crianças por desnutrição e desidratação, que, comparadas com indicadores de faturamento produzidos pelas instituições da saúde complementar, mostram a queda de internações em clínicas pediátricas particulares. Um hospital sob a organização de uma OSS no interior do estado de São Paulo pode acolher todos os pacientes de procedimentos complexos, extinguindo a demanda potencial dos hospitais privados.

Dadas as possibilidades orçamentárias do Estado e o perfil da distribuição da renda no Brasil, não é razoável esperar pela estatização completa dos serviços de saúde. De qualquer modo, a acomodação entre os objetivos do capital privado e as políticas públicas de saúde não é sempre harmônica. Como exemplo, em 2005, o governo federal instituiu comissão de avaliação da relação custo-benefício quando da compra de novas tecnologias nos medicamentos, próteses e equipamentos. A questão é simples, um equipamento 100% mais caro do que o anterior propicia 100% a mais de benefícios? Ora, qualquer tipo de controle desta natureza contraria os interesses imediatos dos fabricantes de mat/met, levando-os a outro patamar de negociação.

O cliente da saúde suplementar, ao pagar o plano de saúde, comporta-se como consumidor de qualquer outro setor da economia: quer consumir consultas, exames, cirurgias, próteses, diárias hospitalares, etc. Não ocorre a este consumidor que utiliza de forma irresponsável, um equipamento relevante para a

saúde coletiva, que o uso da grande maioria dos serviços tem efeitos colaterais injustificáveis quando não associados à necessidade real. Que se diga a favor desse consumidor, assim é o capitalismo, dependente da demanda crescente e da inovação tecnológica para continuar existindo – quando estes movimentos perdem dinamismo, a economia naufraga em crise de acumulação, tal como ocorreu na década de 70. Da mesma forma que o marketing induz à compra de um novo eletroeletrônico, por que não comprar exames médicos freqüentes produzidos por tomógrafos de última geração? Por que se contentar com um simples raio – x?

A prestação de serviços de saúde no Brasil é um modelo híbrido, garantido por lei, formado pelo Estado (governos federal, estadual e municipal) e pelas organizações privadas, sendo estas últimas com ou sem fins lucrativos. O Estado precisa atender aos cidadãos, do contrário, pode infringir a lei ou perder votos. Porém, como instância reguladora, financiadora e prestadora de serviços, não está acima dos vários interesses presentes nas sociedades democráticas. É, sim, um árbitro, mas não necessariamente justo e racional, pois as leis também refletem os interesses organizados e os pobres são alijados dos benefícios do desenvolvimento entre outros motivos, pela incapacidade de organização social (sobre a relação entre democracia e organização social, ver *A miséria do liberalismo*, de Paul Wolf, editado pela Paz e Terra, 1989).

Dizer que a organização social (prevista pelo SUS) é a chave para a superação parcial da exclusão é simples, materializa-la é obra para décadas de trabalho, sujeitas a avanços e retrocessos. Não por acaso, os programas especiais de

medicamentos gratuitos estão alicerçados em grupos organizados por patologias (AIDS, por exemplo). Os medicamentos excepcionais custaram R$ 825 milhões em 2004, gasto 60% superior ao de 2003. Medicamentos para DST/AIDS custaram R$ 564 milhões em 2004 (Ministério da Saúde, 2005). Quando a organização social está associada ao consumo de um bem ou serviço, as indústrias destas mesmas mercadorias têm interesses convergentes com os dos primeiros.

Desde a constituição do atual modelo de saúde, na década de 60, interesses e ideologias divergentes se digladiam. Nos extremos da peleja estão os defensores de um sistema completamente estatizado, revelando não apenas os compromissos políticos, mas também os interesses coorporativos de profissionais cujas vidas dependem do serviço público. No outro, defensores da privatização, intenso clamor na defesa do acesso ao fundo público no financiamento das atividades privadas e, demandas pela desregulamentação das atividades. Há excessos de ambos os lados. Da parte do Estado, há medidas regulatórias disparatadas, eleitoreiras e objetos de discussão à luz da Lei, que procuram imputar à iniciativa privada responsabilidades intransferíveis do Estado, ao lado da positividade geral da idéia de regulação. Do lado da iniciativa privada, há tentativas de retroceder na cobertura mínima dos planos de saúde, ecos de histórias de fraudes na cobrança de serviços prestados ao Estado, e, sobretudo, uma atitude no mínimo curiosa, quanto ao controle governamental: colérica e denunciadora quando alvo da regulação, e clamando por regras quando se vê ameaçado por algum concorrente. Os conflitos

relatados têm como pano de fundo, um importante problema macroeconômico, a política monetária dos juros elevados que obriga o Estado a reduzir investimentos, e depauperar o setor privado por meio da carga fiscal. Por estas e outras, até hoje, o diálogo equilibrado entre governo e saúde suplementar ainda está por ser construído.

O resultado é um clima com traços de desconfiança, propício a análises maniqueístas e simplórias, o que não ajuda na superação das muitas contradições do modelo de atenção à saúde, constituído pelo SUS e pela saúde suplementar (o artigo de Mª Cristina Balestrin de Andrade *at all* descreveu a situação ao retratar os serviços de hemoterapia).

Incentivando a Babel geral, há outro ingrediente, a heterogeneidade das instituições presentes no setor, das grandes às pequenas, das multinacionais às brasileiras, das religiosas às constituídas como sociedades anônimas, das familiares às controladas por grupos de investidores, das estatais às privadas, etc. Para subgrupos de organizações, saúde é um negócio, forma de rentabilizar o capital investido. Para outras, é dever do Estado, ou ainda, caridade e vocação religiosa (ver artigo de Ir. Lia Gregorine). Todas as organizações, no entanto, estão sob a pressão do capitalismo: aumentar a produtividade do trabalho, instituir e controlar processos, aumentar a oferta dos serviços e do excedente gerado – exceção feita ao Estado, que não necessariamente gera excedente.

Além da herança histórica e da heterogeneidade, há elementos objetivos no modelo de saúde operando como indutores de contradições, que por sua vez, impedem ou retardam a eficácia do sistema e o atendimento às pessoas.

Vejamos. O pagamento por procedimentos aos prestadores de serviços, indutor de demanda e portanto, do aumento dos custos. Os valores pagos pelo governo, defasados relativamente ao custo dos procedimentos, induzindo à opção pela revenda de mat./med. e à preferência pela execução dos procedimentos complexos - ao mesmo tempo, o Estado pressiona as operadoras e orienta as políticas públicas para a promoção da saúde. Hospitais filantrópicos, com a participação do fundo público injetado por meio da imunidade fiscal, notabilizam-se e diferenciam-se para os pacientes privados por meio da inovação tecnológica, e tal estratégia contribui para a formação de um patamar de utilização de equipamentos e produtos inovadores e caros, que rapidamente, serão demandados pelos pacientes do SUS, cuja capacidade orçamentária, está no limite.

A percepção do leque de interesses e da heterogeneidade presentes na saúde sugere o uso intensivo e exaustivo da negociação como forma de superar contradições, colocando-as em patamares que demonstrem a evolução da qualidade e do acesso aos serviços. Não haverá avanços *per si,* na linha da mão invisível smithiana. Não é razoável esperar pela estatização dos serviços, tampouco pela desregulamentação da saúde suplementar. O possível aponta para a conjugação de ações intersetoriais, respeitando-se a natureza do objetivo e as competências dos níveis governamentais e privados. Os agentes privados devem criar propostas, ao invés de tão somente queixas e o Estado, por sua vez, precisará investir em competência gerencial, evitando interferências inócuas ou desastrosas.

O orçamento público da saúde, em 2004, foi de R$ 36.208 bilhões. Deste total, R$ 28.893 bilhões estão no item “outras despesas de custeio e capital”, ou seja, recursos sem destino estabelecido, que podem ser utilizados de acordo com as circunstâncias, ou até mesmo, contingenciados. O segundo item do orçamento, por ordem de grandeza, são os gastos com média e alta complexidade, R$ 14.981 bilhões. As despesas com pessoal ativo e inativo são R$ 6.829 bilhões, quantia dividida quase ao meio para os dois grupos de servidores. O Brasil gasta aproximadamente 8,3% do PIB com saúde, sendo 3,7% dinheiro do fundo público e 4,6% da saúde suplementar. A soma dos gastos dos três níveis de governo (união, estado e município) significa US$ 153 per capita (ministério da saúde, 2005).

Os gastos com o programa de saúde da família, bolsa alimentação e saneamento básico somaram R$ 3.450 bilhões em 2004, porém, representaram crescimento relativamente a 2003 de 33%, 127% e 357%, respectivamente. Os gastos relacionados à prevenção representam apenas 10% dos gastos totais, contra 41% dos gastos com média e alta complexidade (ministério da saúde).

Os números iluminam vários pontos importantes na definição das políticas públicas. Em primeiro lugar, a importância de se reduzir os gastos com a média e alta complexidade, dados em grande medida, pela taxa de inovação tecnológica nos materiais, medicamentos e equipamentos. Em segundo lugar, o crescimento percentual do dinheiro alocado para ações de prevenção pode demonstrar o empenho do Estado em alterar as prioridades das políticas públicas.

Na disputa pelo excedente gerado no setor privado e por parcelas importantes do fundo público, os agentes não parecem dispostos a abrir-mão de seus interesses. Em se tratando de capitalismo, a somatória vetorial será dada pelas disputas em foco. No campo da análise prospectiva, podemos identificar tendências, descritas nos parágrafos abaixo.

Uma das tendências é o avanço da medicina preventiva ou, da atenção integral à saúde, impulsionado pela lógica das operadoras, do Estado e do empobrecimento do consumidor de classe média - como não é razoável esperar que a economia brasileira supere significativamente as baixas taxas de crescimento na próxima década, este quadro deve permanecer. A indústria de mat./med., por sua vez, já está fazendo dessa tendência um negócio: investe em equipamentos e fármacos voltados para a prevenção e não para a cura. A pergunta é se os hospitais privados participarão ou não do novo negócio, e em participando, como o farão.

Quanto mais as relações tipicamente capitalistas se espraiam pelo setor saúde, mais as organizações serão pressionadas para utilizar controles gerenciais informatizados, processos controlados e mão-de-obra qualificada (ver o artigo de Francisco Balestrin de Andrade *at all*). A adaptação a tais condições costuma associar-se à concentração do segmento, daí a pergunta: a aparente obviedade desta tendência esconde um dilema importante, quantas organizações serão capazes de realizar as adaptações?

A tendência à concentração, ou à pulverização das empresas é discussão antiga na teoria econômica, desde os estudos de Karl Kautsky, em 1898, sobre o

avanço do capitalismo na agricultura (*A questão agrária*, SP: Nova Cultura, 1996). Das discussões sobre o aumento da concentração, resultam duas teses amplamente aceitas: primeira, o grande capital beneficia-se da existência de pequenas empresas em determinados elos da cadeia produtiva, determinando-lhes a taxa de lucro; segunda, quanto maior a taxa de excedente gerado por um setor, maior a tendência à concentração, pois o grande capital não opera em segmentos concorrenciais. Os movimentos das empresas no setor da saúde no Brasil apontam para concentração, fenômeno visível no segmento da medicina diagnóstica, das operadoras e da indústria de mat./med., como apresentado em vários artigos desta coletânea. Não obstante, sempre restarão pequenas e médias empresas no setor. Resta saber se e como os hospitais e demais prestadores farão parte do movimento.

A modernização do aparato gerencial-tecnológico funcionará como barreira à entrada de novos empresários, determinando um certo porte de capital investido como mínimo para iniciar o negócio. As pequenas clínicas continuarão existindo, mas na periferia do sistema, condenadas à acumulação simples, isto é, jamais deixarão de ser pequenas (Karl Marx, O capital, livro 1. SP: Civilização Brasileira, 1980).

O capitalismo traz em si a pressão pela produção em grande volume, condição para a valorização do capital investido. Tal movimento se traduz na pressão pela redução do preço dos produtos, condição para ampliação da demanda. Organizações cujos custos obrigam a elevada margem de lucro serão dependentes de investimentos crescentes para a diferenciação dos serviços,

lembrando que o limite do crescimento de tais organizações será dado pela restrição da demanda da parcela da população com renda para pagar pela diferenciação.

No nível do SUS, espera-se a continuidade da intenção em dar prioridade à atenção básica. Qualquer que seja a orientação política do governo, as organizações estatais têm uma forte inércia, é muito demorado alterar as rotas. O que efetivamente faria muita diferença, seria a mudança na política econômica, propiciando vigoroso crescimento ao Brasil, acima de 4 ou 5% a.a. De acordo com dados divulgados na grande imprensa, instituições privadas pretendem investir R$ 1.736 bilhões a partir de 2006. Em que pese a fragilidade da fonte e da natureza da informação (investimentos podem ser suspensos), há uma indicação de dois fenômenos: o grau de confiança dos empresários no crescimento da demanda, e a provável percepção da existência de margens de lucro elevadas nos hospitais instalados, a ponto de atrair novos concorrentes.

Em síntese, há três sistemas de saúde no Brasil. O SUS, voltado para os milhões de brasileiros de menor renda, uma parcela da saúde suplementar formada pelas pequenas e médias empresas e pelos consumidores de classe média, e outra parcela da saúde suplementar formada pelas grandes empresas e voltada para os consumidores de classe alta. A presença do Estado perpassa os três sistemas, tanto quanto agente provedor de serviços e regulador, quanto como financiador e consumidor relevante da saúde suplementar. Não por acaso, todos os agentes do capital privado clamam em uníssono por maiores verbas para a saúde e, no intuito de legitimar a solicitação de mais recursos, denunciam

a crise na saúde, auxiliados pela mídia, e essa, não raro, sensacionalista e comprometida com seus próprios interesses.

Não há crise generalizada na saúde, há problemas específicos em pontos igualmente particulares – do contrário, como explicar o aumento da expectativa de investimentos privados e da modernização dos processos? O SUS é um modelo exitoso, e as empresas e os profissionais não estão em crise sistêmica, mas sob a pressão do avanço das relações tipicamente capitalistas sobre o setor saúde. Os pontos fundamentais são: 1) o Estado precisa ganhar eficácia para ampliar o atendimento à população e 2) as discussões no nível da saúde suplementar configuram a disputa típica do capitalismo, dos agentes privados, pelo excedente privado e pelo fundo público.

Bibliografia

AMORIM. M. C. S. *Questão agrária do Brasil dos anos 80*, dissertação de mestrado, PUC/SP, 1990.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA. INDÚSTRIA DE ARTIGOS E. EQUIPAMENTOS MÉDICOS, ODONTOLÓGICOS,HOSPITALARES . www.abimo.org.br

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE GRUPO – ABRANGE. www.abrange.org.br

BANCO CENTRAL DO BRASIL. www.bcb.gov.br

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO – CREMESP (www.cremesp.org.br).

-------------------- Jornal Medicina. Ano XXI, Nº 159, abr./maio./jun. 2006.)

CONJUNTURA ECONÔMICA. São Paulo: FGV. abr./2006.

CZERESNIA, D. FREITAS. C. M. (org.) *Promoção da saúde.* Rio: Fiocruz, 2003.

DOBB, M. *A evolução do capitalismo*, SP: Abril, 1983.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA - FEBRAFARMA, *A indústria farmacêutica no Brasil, uma contribuição para as políticas públicas.* FEBRAFARMA, set./06.

FERNANDEZ, J. L. *Exportação de serviços de saúde – análise do projeto Brazilian healthcare products and services*, monografia em nível de especialização, departamento de economia da PUC/SP, 2006).

FUNDAÇÃO INSTITUTO GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. www.ibge.gov.br

JANNUZZI, P. M., *Indicadores sociais no Brasil,* 2ª ed., Campinas: Alínea, 2003.

KAUTSKY, K. *A questão agrária*. SP: Nova Cultural, 1996.

MARX, K. *O Capital.* vol. 1, 5ª ed. SP: Civilização Brasileira, 1980.

MATUS, C. *Adios, Sr. Presidente.* Caracas: Fondo Editorial Altadir, 1992. (Há exemplar traduzido pela FUNDAP).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. www.saude.gov.br

MITROF, I. *Tempo difíceis, soluções inovadoras.* Rio: Campus, 1999.

OKÉ-REIS, C. *at all, O mercado de planos de saúde: uma criação do Estado.* Revista de Economia Contemporânea da UFRJ, vol. 10, nº1, jan.abr./2006.

PERILLO, E. B. F. *Interesses organizados na saúde e resistência à mudança,* dissertação de mestrado, PUC/SP, 1997.

PINDYCK, R. RUBINFELD, D. *Microeconomia*, 5ª ed. SP: Prentice Hall, 2002

WOLF, P. *A miséria do liberalismo*, Rio: Paz e Terra, 1989.